

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

LA PHTHISIE.

1st 1825.

Ouvrages de M. Louis,

QUI SE TROUVENT CHEZ LE MÊME LIBRAIRE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES sur la maladie connue sous le nom de Fièvre Typhoïde, Putride, Adynamique, Ataxique, Bilieuse, Muqueuse, Entérite folliculeuse, Gastro-Entérite, Dothinentérite, etc. *Deuxième édition, considérablement augmentée.* Paris, 1841, 2 vol. in-8. 13 fr.

MÉMOIRES ou **RECHERCHES** anatomico-pathologiques sur le ramollissement avec amincissement et sur la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac; l'hypertrophie de la membrane musculaire du même organe dans le cancer du pylore, la perforation de l'intestin grêle; le croup chez l'adulte; la péricardite; la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur; les abcès du foie; l'état de la moelle épinière dans la carie vertébrale; les morts subites et imprévues; les morts lentes, prévues et inexplicables; le ténia et son traitement. Paris, 1826, in-8, br. 7 fr.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA SAIGNÉE dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie. Paris, 1835, in-8. 2 fr. 50 c.

EXAMEN DE L'EXAMEN DE M. BROUSSAIS, relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes. Paris, 1834, in-8. 3 fr. 50 c.

DOCUMENTS SUR LA FIÈVRE JAUNE, recueillis par les membres de la commission médicale envoyés à Gibraltar par le gouvernement français, pour observer l'épidémie de fièvre jaune qui a régné dans cette place en 1828, par MM. Chervin, Louis et Trousseau. Paris, 1830, 2 vol. in-8, avec cartes et plans. 16 fr.

ANATOMICAL, PATOLOGICAL AND THERAPEUTIC RESEARCHES on the yellow fever of Gibraltar of 1828; translated from the manuscript, By G. C. Shattuck, Ir. M. D. member of the Society for medical observation at Paris, etc., etc.

Paris. — Imprimerie de Bourgogne et Martinet, rue Jacob, 30.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

LA PHTHISIE

PAR

P.-C.-A. LOUIS,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, président perpétuel de la Société médicale d'observation de Paris, membre de l'Académie royale de Médecine, membre honoraire de la Société médicale du Massachusett, de celle d'Edimbourg, de l'Association provinciale médicale et chirurgicale de Worcester, associé du Collége des médecins de Philadelphie, de la Société médicale de la même ville, de l'Académie de Saint-Pétersbourg, des Sociétés de médecine de Heidelberg et de Bruges, de la Société médicale d'observations de Boston.

DEUXIÈME ÉDITION

CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

see XIII avert.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Rue de l'Ecole-de-Médecine, 17;

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1843.

A

Monsieur Chomel,

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
médecin honoraire des hôpitaux,
membre de l'Académie royale de médecine,
médecin consultant du Roi,
médecin ordinaire de la Princesse Royale,
membre de plusieurs Sociétés savantes nationales et étrangères.

LOUIS.

A Messieurs

A. BAZIN,
Professeur à la Faculté des Sciences de Bordeaux;

GRISOLLE,
Médecin du Bureau central des hôpitaux;

H. FR. CARL. BECKER, de Berlin;

MARSHALL HALL, de Londres;

LEURET,
Médecin de l'hospice des aliénés de Bicêtre;

VALLEIX,
Médecin du Bureau central des hôpitaux;

WOILLEZ,
Médecin de la maison d'aliénés de Clermont (Oise).

Vous m'avez donné un grand témoignage d'estime en me dédiant vos meilleurs ouvrages; souffrez que vos noms, placés en tête de celui-ci, attestent ma reconnaissance et ma profonde estime pour des travaux qui seront toujours des modèles difficiles à imiter.

LOUIS.



AVERTISSEMENT

DE LA DEUXIÈME ÉDITION.

La publication de cet ouvrage, à une époque si rapprochée de celle où avaient paru les travaux de Bayle et de Laënnec sur le même sujet, put paraître une témérité, tant la matière semblait épuisée. Cependant mes recherches ont été accueillies avec bienveillance par le public médical, et l'étude de la phthisie n'a cessé de faire des progrès et d'occuper les meilleurs esprits, depuis 1825 : en sorte que j'ai pu profiter, dans cette nouvelle édition, de quelques recherches remarquables sur le même sujet, sans néanmoins changer le caractère de cet ouvrage, dans lequel j'ai eu principalement pour but de faire connaître mes recherches sur la phthisie, après l'âge de quinze ans (1).

(1) Les recherches microscopiques sont venues confirmer les résultats de l'observation sur la nature non inflammatoire des tubercules, et je m'empresse de citer, à ce sujet, une note que vient de me communiquer M. le docteur Lebert (du canton de Vaud) : — « Les tubercules, dit-il, ont des éléments microscopiques qui leur sont propres et les distinguent de toutes les autres productions morbides ; ils suivent, en cela, la loi générale, qui veut que tout ce qui est réellement différent en pathologie, le soit aussi dans la composition moléculaire.

« Les tubercules contiennent une grande quantité de globules moléculaires, dont le diamètre varie de 1/800 à 1/150 de millimètre, une substance hyaline qui les tient réunis, et une espèce de corpuscules qui leur donne un cachet particulier. Ces corpuscules ont une forme irrégulière, anguleuse, un diamètre qui varie de 1/100 à 1/150 de millimètre, et un contour ordinairement très marqué. Leur intérieur est jaunâtre, un peu opalin, et contient souvent un plus ou moins grand nombre de granules moléculaires, distribués dans sa substance ; jamais on n'y trouve de véritables noyaux, qui sont si ordinaires dans les globules cancéreux et si constants dans les glo-

Quelques médecins ayant cru devoir élever des doutes sur la réalité de quelques uns des faits généraux qui se trouvent consignés dans la première édition de ces recherches, j'ai dû examiner si, en effet, j'avais tiré des conclusions prématurées des faits. Je me suis appliqué incessamment à cette recherche ; j'ai supposé que je n'avais pas pris toutes les précautions nécessaires pour arriver à la vérité : mais les nombreuses observations que j'ai recueillies depuis 1825 n'ont fait que confirmer les premières, et con-

bules du pus. L'acide acétique, qui rend ces derniers transparents, en y montrant des noyaux d'une manière bien nette, rend aussi les corpuscules tuberculeux plus transparents, sans y faire voir de véritables noyaux. Si l'on étend les corpuscules de la matière tuberculeuse, d'une quantité d'eau assez considérable pour les y faire nager, on reconnaît qu'au lieu d'être sphériques comme les globules du pus et du cancer, leur forme se rapproche de celle d'une sphère inégalement polyédrique. Ils sont, d'ailleurs, si nombreux ordinairement, ils offrent dans les meilleures préparations microscopiques tant de couches superposées, qu'il faut les avoir souvent observés, et avec des grossissements à la fois nets et forts, de 1 à 500 diamètres par exemple, pour en avoir une idée nette, pour s'en faire une image exacte et les reconnaître dans tous les tubercules.

« Le pus a souvent été signalé comme point de départ du tubercule, et même il a été confondu, à l'état concret, avec la matière tuberculeuse : mais il en diffère essentiellement.

« Le pus est composé de sérum et de globules, qui se précipitent par le repos, et ont, en moyenne, 1/90 de millimètre. Leur contour est assez net, sans être régulièrement arrondi, quoique beaucoup plus rapproché de la forme sphérique que les corpuscules tuberculeux ; il est comme frangé, et offre des dentelures peu profondes. Leur couleur est d'un jaune clair ; ils sont un peu aplatis et ont plutôt une forme discoïde que sphérique. Leur surface, qui a une sorte de transparence, offre quelques granulations moléculaires qui s'étendent à l'intérieur. Cet intérieur est composé d'un liquide grisâtre, homogène, et de plusieurs noyaux qui apparaissent comme des taches nébuleuses à travers la membrane d'enveloppe ; on ne les voit pas toujours distinctement sans le secours de l'acide acétique, qui rend cette enveloppe très transparente. Leur nombre varie de 2 à 3 ; leur diamètre est de 1/400 à 1/600 de millimètre ; ils sont ovalaires ou ronds, à contours très marqués, et sur un même plan. Du reste, les globules de pus sont les mêmes partout où il y a formation récente de ce liquide. La diversité chimique de celui-ci réside dans le sérum, qui tient les globules en suspension ; de telle sorte que, s'il est de mauvaise nature, il peut les déformer et même les dissoudre en partie. Quand le pus est concret, le sérum en a disparu en partie ; mais on y reconnaît encore quelquefois un grand nombre de globules intacts, tandis qu'ordinairement ils ont subi des altérations et offrent alors beaucoup de granules moléculaires, beaucoup de noyaux et une grande

duire aux mêmes conclusions : je puis en dire autant de celles qui ont été recueillies par des médecins dont l'esprit d'exactitude ne laisse rien à désirer : de manière qu'il ne me semble plus possible, aujourd'hui, de mettre en doute la vérité des lois assez nombreuses, que j'ai conclues des faits observés par moi, avant 1825, et qu'il faut les admettre comme des faits généraux démontrés.

Aussi les seuls changements apportés dans cette nouvelle édition sont relatifs à l'ordre dans lequel y sont présentés

quantité de granules [illegible], petits et [illegible]. Jamais, d'ailleurs, les éléments du pus concret ne ressemblent à ceux du tubercule.

« Le tubercule ne diffère pas moins du cancer que du pus, même dans les cas où l'œil ne voit que de la ressemblance entre eux. Les principaux éléments du cancer sont des fibres et des globules. Ceux-ci varient suivant les espèces, sont plus grands que les corpuscules tuberculeux, ont des contours non anguleux, contiennent presque tous des noyaux, et présentent souvent un véritable emboîtement. Leur diamètre varie de 1/60 à 1/40 de millimètre, et, dans quelques cas, ce diamètre est encore plus grand. Les corpuscules tuberculeux n'atteignent jamais le minimum de cette dimension. — *Le squirrhe* offre une trame fibreuse, dense, irrégulière ou réticulaire, entre les mailles de laquelle se trouvent des globules ronds ou légèrement ovalaires, ayant jusqu'à 1/50 de millimètre, contenant ordinairement un noyau rond, ovale ou irrégulier. Ils sont aplatis, peu sphériques, et beaucoup de leurs noyaux sont libres, sans membrane d'enveloppe. Quelquefois les globules s'allongent, sont fusiformes et ont une forme qui tient le milieu entre les globules et les fibres. — Les globules du *cancer alvéolaire* diffèrent davantage encore des corpuscules tuberculeux. Leur diamètre varie entre 1/60 et 1/30 de millimètre ; ils contiennent un noyau de 1/100 à 1/150 de millimètre, à l'intérieur duquel sont encore des granules. Ils sont aplatis et finement ponctués à leur surface. On trouve en outre, dans cette espèce de cancer, des globules qui ont jusqu'à 1/15 de millimètre de diamètre, composés de globules, emboîtés concentriquement les uns dans les autres. Les globules du cancer *encéphaloïde* n'offrent pas moins de différences ; ils ont de [illegible] de millimètre, contiennent un, deux, rarement trois petits noyaux de 1 à 2/100 de millimètre, placés ordinairement à la circonférence, ronds ou ovales ; leur couleur est pâle, leur surface est homogène. Les noyaux ont des contours nettement dessinés. Quelques globules ont une membrane d'enveloppe, et paraissent contenus dans un plus grand *globule*, dont le diamètre atteint alors 1/25 de millimètre. »

Ainsi, dit M. le docteur Lebert, les tubercules ont des éléments qu'on ne retrouve dans aucune autre production pathologique ; et chaque fois qu'après un premier examen à l'œil nu, on pourra se demander si une production morbide est tuberculeuse, purulente ou cancéreuse, le microscope en décidera facilement la nature.

quelques symptômes. Mais, j'y ai fait des additions considérables, et ces additions sont de deux espèces: les unes déposent de l'exactitude des faits généraux qui ont été exposés dans la première édition; les autres sont relatives à des points qui n'y avaient pas été traités, ou qui l'avaient été trop brièvement.

J'ai fait les additions de la première espèce, parce que je n'ai pas cru pouvoir me borner à dire que j'avais vérifié par de nouvelles observations tel ou tel fait général: toutes les fois que j'ai pu le faire, j'ai indiqué le nombre de faits nouveaux recueillis par moi, avec les conclusions qui en découlent naturellement; et si je n'ai pas fondu, en quelque sorte, les faits nouveaux avec les faits anciens, c'est que deux séries de faits recueillis à des époques différentes, et conduisant toujours aux mêmes conclusions, me semblent quelque chose de plus, en faveur de la vérité, qu'une seule série de faits, bien que très considérable, et donnant des conclusions semblables. Les médecins qui ne sont pas aussi persuadés que moi de la difficulté que présente la recherche des faits généraux, penseront peut-être que j'aurais pu me dispenser de ces additions; mais les autres seront d'un avis différent, et j'ai dû chercher à satisfaire les plus difficiles.

Les nouveaux résultats numériques qui confirment les premiers sont principalement relatifs à l'anatomie. Les plus importants concernent le conduit aérien, le canal intestinal, les plèvres, les glandes lymphatiques, le péritoine: et il n'est pas de description d'organe à laquelle je n'aie fait une addition de quelque utilité.

Les additions de la seconde espèce sont considérables; et les plus importantes sont relatives à la marche de la mala-

dire, à la phthisie aiguë, en particulier ; au diagnostic, à l'étude des causes, et à celle du traitement de l'affection. La péritonite chronique, que j'ai plus d'une fois signalée, dans mes leçons cliniques et ailleurs, depuis 1825, comme propre aux phthisiques, est l'objet d'un article entièrement nouveau ; il en est de même de la méningite et du pronostic : en sorte que mes premières recherches sont augmentées de plus de moitié.

J'ai conservé les réflexions qui se trouvaient à la suite des observations de la première édition, même celles qui sont relatives à la doctrine physiologique, parce que cette doctrine, aujourd'hui oubliée, est assez séduisante par sa simplicité et par la manière dont l'a exposée son illustre auteur, pour qu'on fasse encore ses réserves en vue d'une époque ultérieure.

À mesure que la phthisie est mieux connue, que son universalité est mieux constatée, qu'on connait mieux les lésions qui peuvent en abréger le cours et amener plus rapidement la mort ; à mesure, que l'espèce de chaos qu'elle offrait naguère encore, se débrouille, que son étude se perfectionne, l'esprit se sent plus libre, l'horizon s'agrandit, et aujourd'hui l'attention des médecins commence à se diriger plus particulièrement vers l'étude des causes et du traitement de la phthisie, de cette affection qui est réellement la plus grave du cadre nosologique, qui fait le plus de victimes, et qu'on peut dire, sans exagération, le plus cruel ennemi du genre humain.

Pour seconder une si bonne direction, pour arriver à quelque grand et utile résultat dans l'étude des causes et du traitement de la phthisie, il ne faudrait rien moins, si je ne m'abuse, que les efforts réunis d'un grand nombre de méde-

cins placés dans des circonstances différentes; de ceux qui ne sont pas attachés à quelque grand établissement public, de ceux qui en sont chargés, des médecins de l'armée de terre et de mer; en un mot, il faudrait une véritable croisade: et l'expression n'a rien d'exagéré, car, comme je le disais tout-à-l'heure, il s'agit du plus cruel ennemi du genre humain, et de trouver les moyens de le combattre avec succès.

Mais comment ces efforts devraient-ils être dirigés?

Avant tout, les médecins qui voudraient concourir à la solution du problème dont il s'agit, devraient connaître aussi bien que possible la marche et les symptômes de la phthisie. On ne saurait trop insister sur ce point; car les dissentiments qui existent entre les médecins sur les causes, sur la terminaison de la phthisie et les agents thérapeutiques qu'on peut lui opposer avec ou sans espérance de succès; ces dissentiments tiennent presque uniquement à des erreurs de diagnostic, à ce qu'on a pris pour phthisiques des malades atteints d'affections variées, ou pour simples, des cas compliqués, ainsi qu'on le verra au premier chapitre du traitement. Si d'ailleurs, comme tout l'indique, il arrive assez souvent que l'affection tuberculeuse s'arrête dans sa marche, peu après son début, sans avoir donné lieu à des symptômes graves et à un désordre local considérable, il faut nécessairement connaître très exactement les signes de la maladie, s'être rendu très familiers les différents modes d'exploration de la poitrine, l'auscultation et la percussion; sans quoi, bien des faits de phthisie, et les plus importants à connaître, échapperaient à l'observation.

La première condition de tout travail relatif aux causes et au traitement de la phthisie, est donc la connaissance

très précise de cette affection et de celles qu'on pourrait confondre avec elle.

Cette condition préliminaire une fois remplie, il faudrait que les médecins qui se sentent l'énergie nécessaire pour cela, qui comprennent les nécessités de leur profession, tout ce qu'elle a de vraiment noble et élevé; il faudrait que ces médecins s'astreignissent à tenir note de *tous* leurs malades de la ville, et spécialement de ceux qui éprouvent quelques uns des symptômes généraux et locaux de la phthisie; qu'ils examinassent ces derniers avec une extrême attention; qu'ils s'informassent du lieu de leur naissance et des lieux qu'ils ont habités depuis; de leur éducation, de leur manière de vivre à toutes les époques de leur vie, des maladies qu'ils ont pu éprouver depuis leur naissance; qu'ils tinssent également note de leur tempérament, de leur constitution forte ou faible, de la marche lente ou rapide de leur affection, etc., etc. S'il s'agissait de quelqu'un de la classe ouvrière, il importerait surtout de savoir l'époque de la vie à laquelle cette personne aurait commencé l'apprentissage de son état, les changements survenus dans sa santé, s'il y en avait eu, à compter de cette époque; si cet état a été exercé d'une manière continue, ou avec des repos de plus ou moins longue durée : car il ne peut être indifférent, quand il s'agit d'apprécier l'influence d'une profession sur le développement de telle ou telle maladie, que cette profession ait été commencée de très bonne heure, ou à une époque plus ou moins éloignée de l'enfance; qu'elle ait été exercée sans interruption, d'une manière continue, ou avec des intervalles de repos plus ou moins considérables. Il importerait aussi infiniment que l'habitation, le genre de nourriture habituelle des malades, surtout de ceux qui appar-

tiennent à la classe ouvrière, fussent notés avec beaucoup de soin. On devrait rechercher avec une égale attention la santé des père et mère, et des autres membres de la famille, s'il se peut, vu le rôle que paraît jouer l'hérédité dans le développement des maladies organiques, et surtout dans celui de la phthisie, etc., etc. Et s'il paraissait résulter de ces informations, que la phthisie, dont on observerait un plus ou moins grand nombre de symptômes, s'est arrêtée dans sa marche, il faudrait redoubler d'attention, en quelque sorte, et rechercher avec le plus grand soin les circonstances qui ont accompagné la maladie dans son cours, et surtout à l'époque à laquelle elle a paru s'arrêter: car si l'on parvenait à connaître avec quelque précision ces circonstances, et s'il était au pouvoir du médecin de les reproduire, le traitement curatif de la phthisie serait trouvé.

Un travail semblable à celui dont je viens d'indiquer les points principaux, pour les malades de la ville et de la campagne qui sont soignés chez eux, serait fait pour ceux qui sont traités dans les établissements publics, dans les hôpitaux en particulier; et, dans ces établissements, aussi, tout en étudiant avec soin l'affection à traiter, quelle qu'elle soit, et après avoir constaté l'état actuel de la poitrine, on reviendrait sur le passé, afin de savoir, dans le cas où il n'y aurait pas de symptômes actuels de tubercules, si les malades n'en auraient pas éprouvé quelques uns autrefois; et l'on pourrait ainsi, à l'aide du temps, en comparant les symptômes aux altérations organiques, s'assurer qu'en effet, quelques lésions regardées aujourd'hui comme une suite de tubercules, ont cette origine.

Les médecins de l'armée devraient étudier de la même manière tous les hommes qui en font partie, vu que ces

hommes vivent dans des conditions hygiéniques différentes de celles au milieu desquelles se trouvent les habitants des villes et des campagnes, et doivent fournir de nouveaux éléments au problème qu'il s'agit de résoudre. Au moment de son entrée au régiment, chaque soldat serait examiné avec soin, sa poitrine explorée minutieusement, son histoire médicale faite très en détail et avec beaucoup d'exactitude, afin de pouvoir déterminer un jour, avec précision, dans le cas où un soldat tomberait malade et viendrait à éprouver quelques symptômes du côté de la poitrine, si ces symptômes tiennent à quelque affection ancienne, ou si la lésion à laquelle ils se rattachent est tout-à-fait nouvelle.

L'armée de mer devrait être soumise au même examen, depuis le simple matelot jusqu'à l'officier supérieur, qui n'a pu arriver à sa haute position qu'après avoir passé la meilleure partie de sa vie sur mer, au milieu des tempêtes et des dangers de toute espèce : car ici se trouvent encore des éléments nouveaux pour la solution de l'immense problème auquel nous devons nous attacher. L'homme de mer et l'homme de terre ne respirent pas le même air, n'ont pas la même nourriture, sont généralement nés et élevés dans des pays très différents : combien la pathologie comparée des uns et des autres, restreinte au point de vue qui nous occupe, devrait offrir d'intérêt !

Maintenant, que ce travail, dont je ne fais que donner une idée très incomplète, soit entrepris et continué pendant un assez grand nombre d'années, par un nombre de médecins suffisant, on connaîtrait bientôt la proportion des cas de phthisie qui guérissent ou s'arrêtent dans leur marche; l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, la profes-

sion, etc., etc., les plus favorables ou les plus défavorables à cette terminaison ; et, peut-être aussi, les circonstances dont il faut environner les phthisiques pour favoriser leur guérison ou retarder l'issue funeste de leur affection.

Sans doute, et je suis loin de me le dissimuler, le travail que je propose est difficile, il exige beaucoup d'ensemble et suppose une grande énergie de volonté dans ceux qui l'entreprendraient, qualités toujours assez rares. Mais, sans parler de la gloire qui s'attacherait à une pareille entreprise menée à bonne fin, n'est-il pas vrai qu'elle est nécessaire, que désormais l'étude de la phthisie, celle de ses causes et de son traitement, ne sauraient faire de notables progrès sans de grands travaux d'ensemble ? Et à qui peuvent s'adresser les médecins pour les exécuter, pour perfectionner leur art, pour trouver les lois qui doivent les guider dans l'exercice de leur profession, si ce n'est à eux-mêmes, et à eux seulement ? Car les médecins n'ont pas au-dessus d'eux, comme les avocats, des gouvernements pour leur faire des lois bonnes ou mauvaises ; leurs lois à eux, ils doivent les trouver au milieu d'éléments variés à l'infini ; sorte de chaos d'où il n'est possible de faire jaillir un peu de lumière qu'à force de temps et de veilles.

Cependant, les travaux qui viennent d'être indiqués seraient incomplets, des éléments d'une grande importance pour la solution du problème qui nous occupe, nous manqueraient, sans la connaissance de ce qui est relatif à la phthisie dans les pays étrangers, sous les latitudes les plus variées, au milieu d'habitudes plus ou moins différentes des nôtres ; et c'est par cette raison que j'ai cru devoir proposer, l'année dernière, à l'Académie royale de méde-

cine (1), une institution qui nous manque, que nous devons avoir, et sur l'utilité de laquelle les meilleurs esprits sont d'accord ; je veux parler de l'institution des médecins voyageurs, dont la mission serait, non de chercher à approfondir l'étude de toutes les maladies, mais d'étudier principalement les causes, la marche et le traitement des maladies graves, surtout de celles qui se terminent ordinairement par la mort, et parmi lesquelles la phthisie, à raison de son extrême fréquence, de son extrême gravité, devrait être la première à l'étude. Toutefois, le médecin voyageur, homme sensé, instruit, intrépide, car toutes ces qualités lui sont également indispensables, ne pourrait pas recueillir tous les faits qui lui seraient nécessaires pour atteindre le but qu'il se propose, quand il s'agirait de quelque maladie chronique ; mais alors il s'entendrait avec quelques uns des médecins de la ville ou de la contrée qu'il visite, pour compléter des observations commencées et les multiplier ; ce qui serait d'autant moins difficile, dans les grandes villes, qu'il y rencontrerait toujours quelque médecin qui aurait fréquenté, pendant quelque temps au moins, une des Facultés de la France.

Oui, j'en ai la conviction, et cette conviction est celle de plusieurs esprits éclairés (2), l'étude des causes et du traitement de la phthisie ne peut faire désormais de solides progrès que par l'association ; et il faut espérer qu'un faux calcul d'égoïsme n'y mettra pas obstacle, que les médecins ne craindront pas de concourir à la réputation d'un ou de plusieurs de leurs confrères, en recueillant des matériaux qui seraient

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, tome V, pag. 312, tome VII, pag. 628, 643.

(2) *Journal des Débats*, Bulletin de l'Académie des sciences, février 1843, par M. Donné.

employés par d'autres; car chacun aurait sa part de gloire dans le monument à élever, puisque tous ceux qui auraient recueilli des faits pour y concourir seraient nécessairement nommés, et le nombre de faits fournis par eux, désigné.

Je n'en dirai pas davantage sur ce point; je ne chercherai pas comment l'association devrait être organisée; je crois seulement que l'organisation de cette association ne présenterait pas, avec l'aide du gouvernement, d'extrêmes difficultés, et je termine par une simple réflexion au sujet de la méthode suivie dans le cours de mes recherches.

Après avoir réuni les faits, les avoir groupés d'après leurs analogies, j'ai cherché combien de fois une *même* lésion, un *même* symptôme, etc., etc., avaient lieu dans des cas analogues en apparence; en un mot, j'ai compté, les cas dans lesquels ces symptômes, ces lésions, etc., etc., s'étaient présentés, afin d'en connaître la valeur: car un symptôme ou une lésion qui se montrent toujours dans une même maladie, ont une immense valeur, et ils en ont d'autant moins qu'ils s'y montrent plus rarement. Cette méthode, qu'on désigne sous le nom d'analyse numérique, j'y ai été conduit, non par choix, mais naturellement, involontairement, par nécessité, uniquement parce que j'ai *pris au sérieux* ce qu'on a dit depuis longtemps de la médecine, qu'elle est tout entière dans l'observation: j'y ai été conduit pour me rendre compte des faits, pour en reconnaître la valeur; car compter les symptômes ou les lésions, *après avoir groupé les faits suivant leurs analogies, les avoir pesés en quelque sorte*, compter n'a pas d'autre but.

Quelques médecins, il est vrai, ont vivement critiqué cette méthode; mais l'évidence a entraîné les plus opposants. Ainsi, M. Trousseau, après avoir parlé en termes beaucoup

trop flatteurs pour que je puisse les répéter, de la part qu'il m'attribue dans la marche actuelle des études médicales, M. Trousseau ajoute : « J'ai été un des plus violents, un « des plus injustes détracteurs de cette méthode ; *je ne la « comprenais pas* : aujourd'hui que je l'ai étudiée, je re- « connais qu'elle *seule* fait faire à la science des progrès « solides, qu'elle *seule* peut permettre d'utiliser, dans les « siècles à venir, les travaux de ceux qui auront vécu aupa- « ravant, et d'élever ainsi lentement un édifice que les rê- « veries d'un Galien ou d'un Paracelse seront impuissantes « à renverser (1). » Sans doute cet éloge de l'analyse numérique est grand, mais il n'a rien d'exagéré ; car comment recueillir l'expérience des siècles, ajouter résultat à résultat, si l'on ne compte, après avoir groupé les faits d'après leurs analogies (2) ? Imaginez, en effet, que vous possédiez la série de faits dont il était question tout-à-l'heure, et dont l'ensemble me paraît nécessaire pour arriver à la connaissance des causes et du traitement de la phthisie ; comment pourrez-vous en tirer parti, comment arriverez-vous à la connais-

(1) *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, no de juin 1836, p. 183.

(2) Voyez, pour la connaissance de cette méthode, la thèse du docteur Danvin (*De la Méthode numérique et de ses avantages dans l'étude de la médecine*, Paris, 1831) ; la discussion qui a eu lieu à l'Académie royale de médecine (*Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1836, t. I, pag. 622 et suiv.) ; mon Mémoire sur la recherche des faits généraux. J'engage principalement à faire cette lecture les médecins qui, comme M. Combes (*De la Médecine en France et en Italie*, Paris, 1842, p. 281), disent que l'analyse numérique se borne à compter les faits sans *les interpréter* ; ou qui, comme M. Fuster (*Journal des Découvertes*, etc., etc., première livraison, page 10), assurent que par la méthode des statisticiens, appelée méthode numérique, on enregistre les faits tels qu'ils se présentent à l'observation, sans distinction des circonstances qui les ont vus naître, etc. Il est vraiment temps que les médecins qui veulent dire leur pensée sur l'analyse numérique, prennent la peine de l'étudier dans les ouvrages de ceux qui l'emploient, et qui ont montré les difficultés de son application, pour arriver, sans risque de se tromper, à la connaissance des faits généraux.

sance des faits généraux dont elle contient les éléments, sans le secours de l'analyse numérique? Sans cette méthode, en effet, il n'y a plus que des faits isolés, point de loi, point de science, ou, si l'on veut s'élever aux faits généraux, on ne peut guère aboutir, comme le dit implicitement M. Trousseau, qu'à des rêveries.

AVERTISSEMENT

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

On sera peut-être surpris de voir paraître de nouvelles recherches sur la phthisie, à la suite des travaux encore si récens de Bayle et de M. Laennec. Ces médecins ont, en effet, décrit avec tant d'exactitude les principaux symptômes de la maladie et la lésion qui la caractérise, qu'ils semblent n'avoir rien laissé à faire à leurs successeurs, et qu'il serait au moins inutile de remanier un sujet si habilement traité, s'il fallait ne l'envisager que sous les mêmes rapports : aussi ai-je eu un autre but.

Peu après m'être livré d'une manière suivie à l'observation, j'ai reconnu que dans le cours de la phthisie, comme dans celui des autres maladies chroniques, et plus encore, la plupart des fonctions offrent des dérangemens remarquables; que les organes qui en sont chargés sont plus ou moins profondément altérés; que, sous ce double point de vue, l'histoire de la phthisie est fort incomplète, ou presque entièrement à faire; et bientôt je me suis proposé de remplir cette lacune. Plusieurs faits m'ont indiqué de bonne heure que la marche de la maladie pouvait encore être éclairée par des observations nouvelles, et ç'a été un motif de plus de me livrer au travail dont je présente aujourd'hui le résultat.

Afin de le rendre utile, j'ai observé les phthisiques

avec le même soin que je mettrais à observer des malades atteints d'une affection encore peu connue; j'ai interrogé toutes les fonctions, je suis remonté, autant que cela m'a été possible, aux dérangements éprouvés par chacune d'elles, antérieurement à l'époque à laquelle j'examinais les malades; et, après leur mort, j'ai étudié tous leurs viscères avec une égale attention. Cette méthode était longue, mais facile et sûre; elle devait conduire à des résultats exacts, et cette certitude m'a rendu légère la fatigue qui y est attachée.

Pénétré de l'importance des faits négatifs, me rappelant l'embarras et les regrets de Morgagni, quand, examinant les observations de Valsalva, il n'y trouvait pas indiqués certains faits de ce genre, je les ai recueillis avec autant de soin que les faits positifs les plus intéressants; j'ai même noté, indistinctement, tout ce que les malades me racontaient de l'altération de leur santé à une époque quelconque de leur existence, pourvu, toutefois, que les circonstances du récit indiquassent son exactitude, laissant à une autre époque et à l'autopsie cadavérique le soin d'indiquer les faits à conserver ou à supprimer.

Il est facile de se faire une idée juste de l'importance des faits négatifs, si l'on réfléchit qu'assez souvent, des organes, dont la structure est profondément altérée, ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable, et que, si cette absence de symptômes n'a pas été notée d'une manière expresse, on ne sait plus à quoi s'en tenir après la mort des malades. De là aussi la nécessité d'interroger toutes les fonctions, celles dont l'exercice est plus ou moins troublé, et celles dont les organes ne donnent aucun signe de souffrance. Une autre méthode peut bien suffire pour vérifier ce que les observateurs ont dit; mais elle ne saurait conduire plus loin.

Pour éviter toute espèce de doute sur la valeur de mes notes, j'y ai toujours indiqué le degré de développement des facultés intellectuelles des malades; bien décidé, quand il s'agirait de faits antérieurs à l'époque à laquelle ils étaient sous mes yeux, à ne faire usage que des observations relatives à ceux chez lesquels ces facultés, et surtout la mémoire, avaient un certain degré de développement.

J'ai apporté beaucoup de soin dans la manière d'interroger les sujets, parcequ'il y a telle question qui dicte presque infailliblement la réponse. Ainsi, quand, par exemple, je voulais savoir si un malade éprouvait de la douleur ou du malaise dans un des côtés de la poitrine, je lui parlais d'abord du côté où je supposais que la douleur n'existait pas; si, alors, il indiquait le côté opposé comme siége de ses souffrances, je regardais le fait comme certain et j'en prenais note. Quand il s'agissait de dates un peu anciennes et importantes à connaître, j'y revenais à plusieurs reprises, demandant chaque fois aux malades, non s'ils éprouvaient tel symptôme depuis telle époque, mais depuis quand ils éprouvaient ce symptôme. On sent, en effet, qu'à la première question, un malade, ennuyé ou fatigué, peut répondre indifféremment oui ou non; tandis qu'à la seconde il est obligé de réfléchir, et ne peut pas si aisément induire en erreur, par une réponse faite au hasard.

Après la mort, j'ai décrit, avec toute l'exactitude dont je suis capable, la situation, la forme, la couleur, la consistance, l'épaisseur des organes, en un mot, toutes les altérations qu'ils pouvaient offrir; et, pour cela, je n'ai jamais procédé à l'examen des viscères, le cerveau excepté, en place. Dans cette situation, en effet, le jour éclaire mal les objets qu'on examine; s'il s'agit d'organes membraneux,

minces, composés de plusieurs tissus, comme l'estomac ou l'intestin, on ne peut apprécier leur épaisseur et leur consistance; il est difficile de les explorer dans toute leur étendue, et beaucoup d'objets, entre autres les ulcérations peu considérables, échappent presque inévitablement. Dans ces cas, il faut, pour les bien voir, non seulement enlever les organes, mais encore les priver, par de nombreux lavages, des matières qui les recouvrent, quelquefois même les faire dégorger ensuite dans l'eau une heure ou deux; ce que j'ai presque constamment fait.

L'histoire du ramollissement du cerveau suffit pour montrer de quelle importance est l'examen des divers degrés de mollesse ou de fermeté des organes. On sait, en effet, que le cerveau peut être ramolli et presque liquéfié dans une certaine étendue, sans changer très sensiblement de couleur; en sorte que se borner, dans l'examen de ce viscère, à cette dernière circonstance, serait véritablement n'avoir rien fait. Il faut en dire autant des membranes muqueuses, qu'on trouve quelquefois molles comme du mucus, sans que la blancheur qui leur est naturelle soit altérée.

C'est en m'appliquant ces principes que j'ai cru devoir renoncer, sous certains rapports, aux observations que j'ai recueillies à la fin de 1821 et au commencement de 1822. Alors, en effet, je négligeais fréquemment de noter les divers degrés de consistance des membranes muqueuses, je n'avais pas encore fixé mon attention sur quelques uns des états pathologiques de l'estomac; et en faisant usage de pareils faits, je serais inévitablement tombé dans l'erreur, j'aurais exposé des résultats inexacts: enfin, toutes les fois que, sous le point de vue qui m'occupait, une observation m'a semblé incomplète ou dépourvue du degré d'exac-

titude que je crois nécessaire, j'y ai renoncé; ce qui explique comment mes relevés ne portent pas tous sur le même nombre de faits.

L'épaississement des tissus est encore une des circonstances qu'il importe le plus de remarquer, et c'est quelquefois la seule lésion appréciable des organes : témoin l'hypertrophie du cœur dans certains cas, et l'épaississement de la tunique sous-muqueuse du gros intestin, dont je parlerai. *Considérée isolément*, la rougeur offre beaucoup moins d'intérêt, bien que plusieurs médecins, et parmi eux des plus habiles, se bornent encore aujourd'hui, dans la description des organes membraneux, à indiquer leur coloration. La rougeur, en effet, peut tenir à des causes variées, dépendre de l'inflammation, ou bien avoir pour cause une simple congestion, et ne dater que des derniers moments de la vie. On a la preuve de cette dernière assertion dans certains cas de mort subite, chez des sujets qui, quelques minutes avant de mourir, présentaient tous les attributs de la santé, et chez lesquels on a trouvé la membrane muqueuse gastro-intestinale, par exemple, plus ou moins rouge : mais aussi, alors, elle n'était ni épaissie, ni ramollie; tandis qu'il y a ordinairement rougeur, épaississement et ramollissement, dans les cas où les symptômes de l'inflammation de cette membrane ont *été* très prononcés. D'où il suit que la rougeur ne signifie quelque chose qu'autant qu'elle est accompagnée de quelque altération dans la consistance et dans l'épaisseur des tissus, et que, dans le cas où celles-ci n'ont souffert aucun changement, il n'est possible de soupçonner la cause de la rougeur qu'à l'aide des symptômes. Ajoutons, pour mieux faire ressortir l'importance des lésions dont il s'agit, qu'a-

près la mort la rougeur peut disparaître, tandis que l'épaississement et le ramollissement des tissus ne varient pas.

Les observations qui servent de base à mes recherches ont été prises à l'hôpital de la Charité, à partir des trois derniers mois de 1821. Depuis cette époque, j'ai recueilli l'histoire de tous les malades admis dans le service de M. Chomel, service composé de quarante-huit lits également partagés entre les hommes et les femmes. Toutes l'ont été d'après les mêmes principes, avec les mêmes détails; et comme il ne me semblait pas possible de concilier l'exactitude de ce travail avec la pratique de la médecine, j'ai, pour un temps du moins, renoncé à cette dernière. Dès lors, j'ai passé régulièrement de trois à quatre et quelquefois cinq heures par jour à l'hôpital, consacrant au moins deux heures à chaque autopsie cadavérique; et, quoique l'usage ait dû me familiariser avec les recherches anatomiques, je n'y mets pas moins de temps aujourd'hui qu'il y a deux ans, persuadé que, pour bien voir, il ne faut pas voir rapidement; que le seul moyen de rectifier des erreurs inévitables, est de remettre sans cesse en question ce qu'on a vu, et, par conséquent, d'observer toujours les mêmes objets, comme si on les voyait pour la première fois.

En comparant mes dernières observations avec celles que j'ai recueillies autrefois, j'ai pu me convaincre de l'avantage qu'il y aurait à n'observer, du moins quand il s'agit d'écrire, que dans un âge où l'on peut mettre aux choses leur véritable prix, quand déjà l'expérience nous a mis en garde contre les illusions et les théories de toute espèce, que le premier besoin est celui de la vérité. Je n'aimais pas moins l'étude autrefois qu'aujourd'hui, mais une

théorie présentée avec art n'était pas sans attrait pour moi ; l'exactitude m'était moins nécessaire, et je mettais moins de temps à m'assurer des faits. Ces dispositions, si contraires à la bonne observation, tenaient à la fois à l'âge et au défaut d'expérience : peu de personnes y échappent, et je crois, par cela même, qu'on devrait, généralement, accorder moins de confiance aux observations recueillies par les trop jeunes gens, *surtout ne pas les charger exclusivement de ce travail*. Car, outre les inconvénients de l'âge, il est encore vrai de dire qu'on ne peut observer pour les autres avec le même zèle, la même assiduité, la même exactitude, qu'on mettrait à observer pour son propre compte. D'ailleurs, voyons autour de nous : le physicien qui veut contribuer aux progrès de la science fait-il faire ses expériences par un autre ? Le chimiste confie-t-il le soin de ses analyses à celui qui entre dans la carrière ? Et si, comme cela est en effet, il y a une analogie parfaite entre le médecin qui observe, le physicien qui expérimente et le chimiste qui analyse, pourquoi suivraient-ils une marche différente ? Ce n'est pas assez de savoir qu'il faut des observations particulières en médecine, si l'on n'est convaincu que, pour en recueillir de bonnes, il faut beaucoup de zèle, de temps et d'habitude. Il faut de l'habitude ; car recueillir des observations est aussi un *métier* qui, comme tous les autres, s'apprend et ne se devine pas.

On me pardonnera peut-être d'avoir insisté sur le soin que j'ai mis à recueillir mes observations, et sur la défiance avec laquelle il faut recevoir une partie de celles qu'on publie journellement ; si l'on réfléchit que l'édifice de la médecine repose tout entier sur les faits, et que la vérité ne peut sortir que de ceux qui ont été bien et com-

plètement observés. Alors, et seulement alors, on peut voir dans une suite d'observations les données d'un problème à plusieurs inconnues, dont il faut trouver la valeur; et comme en mathématiques cette valeur ne change pas avec les personnes qui s'occupent de la solution du problème, on doit nécessairement aussi, en médecine, obtenir des résultats identiques de l'analyse des mêmes observations : seulement, là où un esprit ordinaire ne trouvera qu'un petit nombre de faits généraux, un esprit supérieur en découvrira un grand nombre, parce qu'il aura examiné les faits particuliers sous des aspects plus variés : mais il est inévitable que des observations exactes, étudiées sous le même point de vue, conduisent à des conclusions identiques ceux qui s'en occupent. Tout n'est donc pas obscurité ou incertitude en médecine, quand on étudie des observations exactes; mais quels résultats obtenir de la considération de faits douteux, incomplets ou faux?

D'ailleurs, la marche à suivre pour arriver à la solution du problème n'a rien d'arbitraire et d'incertain; elle consiste presque uniquement à rapprocher les symptômes qui décèlent le trouble d'une même fonction, et, si le sujet succombe, à les comparer à l'état de l'organe qui en est chargé. Si cet organe est plus ou moins profondément lésé, si sa lésion, par son caractère et par son étendue, explique le dérangement des fonctions, et qu'aucune autre ne puisse en rendre compte, on la considère comme la cause des symptômes observés. Si, au contraire, la fonction a été troublée sans que l'organe ait subi d'altération appréciable, il faut bien alors rapporter le trouble à une influence sympathique, ou à un état général du sujet. Ainsi, par exemple, bien que l'anorexie soit un des sym-

ptômes de la gastrite, comme on l'observe assez souvent chez les phthisiques, sans que la membrane muqueuse de l'estomac offre de lésion appréciable, force est de conclure, dans ce cas, que l'anorexie est sympathique, ou dépend de l'état général du sujet, comme de la fièvre; et qu'une fonction peut être dérangée, même pendant un espace de temps considérable, sans qu'il y ait altération de structure de l'organe qui en est chargé.

Rien de plus simple, mais aussi rien de plus fatigant que cette méthode; car que de tableaux, que d'analyses particulières n'exige-t-elle pas! Et c'est presque uniquement à ce travail, tout mécanique, que j'ai réduit le mien sur l'ensemble des faits que j'ai recueillis; persuadé que l'ouvrage le plus utile serait l'analyse la plus fidèle du plus grand nombre possible d'observations exactes, sur un objet déterminé.

Celles dont j'offre aujourd'hui le résultat sont au nombre de cent vingt-trois. Cinquante d'entre elles ont été placées, comme pièces justificatives, dans le cours de l'ouvrage; et comme, dans ma manière de voir, l'histoire d'un malade n'est véritablement complète qu'autant qu'elle donne une idée, au moins succincte, de l'état de toutes ses fonctions, j'ai décrit, avec autant de brièveté qu'il m'a été possible, dans mes observations, l'état de souffrance ou de liberté des différents organes. Cela m'a semblé d'autant plus indispensable, que presque toutes sont des exemples de complications plus ou moins nombreuses; qu'il fallait savoir à quoi s'en tenir sur leur influence mutuelle; que si je me fusse borné à un seul ordre de symptômes, j'aurais dû aussi, dans l'exposé des lésions, me réduire à un seul ordre d'organes; qu'une

pareille méthode aurait privé mes observations d'une partie de l'intérêt qu'elles peuvent offrir; qu'on aurait pu les croire recueillies avec négligence. J'ajouterai que mes recherches portant sur un assez grand nombre d'objets, plusieurs d'entre eux auraient paru manquer de base, si, dans chaque observation, je n'eusse donné de détails que sur un seul point.

Pour que la lecture n'en soit pas trop fatigante, je les ai rédigées sur un même plan, de la manière suivante. Dans un premier alinéa, j'expose l'état des fonctions avant l'entrée du sujet à l'hôpital, à partir du jour où il a cessé d'être bien portant; dans un autre, je dis ce que ces fonctions offraient de remarquable le jour où j'ai vu le malade pour la première fois; et, dans autant d'alinéas séparés, je fais l'histoire de chacune d'elles depuis ce dernier jour jusqu'à la mort: enfin, pour ce qui regarde les lésions anatomiques, j'expose aussi, dans autant d'alinéas, ce que l'état extérieur, la tête, le cou, la poitrine et le ventre m'ont offert d'important. De cette manière, la confusion est évitée, chaque objet de la description a une place à part, et si l'on veut revenir sur les symptômes qui appartiennent à telle ou telle lésion, il n'est besoin de relire qu'un alinéa.

Dans l'impossibilité de faire connaître toutes les observations qui servent de base à mes recherches, j'ai suivi, dans l'exposition des faits, une marche un peu différente de celle que j'aurais adoptée dans toute autre circonstance. J'ai divisé mon travail en deux parties; et comme l'anatomie est le plus ferme appui de la pathologie, j'ai commencé l'analyse des faits par la description générale des lésions des viscères. Ainsi, j'ai exposé successivement celles

des poumons, des bronches, des plèvres, de la trachée-artère, du larynx, et de l'épiglotte; puis je me suis occupé de celles de l'appareil digestif, etc., etc. Et comme il m'importait, non seulement de décrire toutes les lésions, mais encore de savoir si celles qui existaient hors des poumons étaient propres à la phthisie, j'ai recherché ce qui avait lieu, à cet égard, chez les sujets morts de toute autre maladie chronique dont j'ai recueilli l'histoire; j'ai comparé les faits entre eux, et de ce nouveau travail est résultée la connaissance de quelques faits généraux qui ne sont pas sans importance.

J'ai donné le rapport dans lequel chacune des lésions avait été observée; en sorte que mon ouvrage est, dans toutes ses parties, une sorte de statistique de la phthisie.

A la suite de la description de presque toutes les lésions, j'ai examiné les causes qui pouvaient les avoir amenées.

Enfin, dans un résumé rapide, j'ai mis sous les yeux du lecteur l'ensemble des faits de cette première partie.

La seconde est consacrée à l'histoire des symptômes. Je l'ai commencée par l'exposition de ceux de la phthisie dégagée de complications, et j'ai insisté sur son diagnostic dans sa première période; puis je me suis occupé des symptômes qui accompagnent les ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère; de ceux qui appartiennent aux différentes lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, etc., etc. De là je suis passé à l'étude des anomalies que présente la phthisie dans sa marche aiguë ou latente, à la description des accidents qui se manifestent lors de la perforation du parenchyme pulmonaire, par suite de

la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres; j'ai exposé plusieurs cas de mort subite : j'ai cherché, par le rapprochement des faits, à apprécier la valeur de quelques unes des causes auxquelles on attribue le développement des tubercules pulmonaires, et j'ai fini par exposer d'une manière très succincte le traitement des malades dont j'ai analysé l'histoire.

Mon premier dessein était de ne donner à mon travail que l'étendue d'un simple mémoire, et, par conséquent, de n'exposer qu'un petit nombre de faits particuliers : de cette manière, plusieurs de mes propositions seraient demeurées sans preuves, et j'aurais manqué au devoir le plus essentiel de celui qui écrit sur un sujet quelconque. C'est par le conseil de M. Chomel que j'ai été porté à donner plus d'étendue à mes recherches; et je suis heureux de pouvoir lui en témoigner ici ma reconnaissance.

Enfin, et je le dis avec le sentiment d'une profonde conviction, une main plus habile aurait su répandre plus d'intérêt sur la longue série de lésions et de symptômes que j'ai décrits; mais elle n'y aurait mis ni plus d'impartialité ni plus d'exactitude.

Paris, 1er octobre 1825.

TABLE DES MATIÈRES.

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

TRAITEMENT.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA PHTHISIE.

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Dans cette première partie, je ferai successivement la description de toutes les lésions observées dans les différents appareils d'organes, et j'y joindrai quelques considérations sur les causes qui les ont amenées.

CHAPITRE PREMIER.

APPAREIL DE LA RESPIRATION.

ARTICLE I. — Des poumons.

Bayle avait divisé la phthisie en autant d'espèces qu'il peut y avoir de lésions organiques des poumons, capables, selon lui, d'amener la mort par suite de leur développement. Il admettait des phthisies tuberculeuse, granuleuse, cancéreuse, mélanée, calculeuse et ulcéreuse. Laënnec pense, au contraire, qu'il n'y a qu'une seule espèce de phthisie, la phthisie tuberculeuse, c'est-à-dire une seule lésion organique des poumons qui puisse conduire à la mort par tous les degrés du dépérissement et avec tous les

symptômes qui appartiennent à la phthisie. Depuis plus de vingt ans que je me livre d'une manière plus ou moins suivie à l'observation, je n'ai observé aucun sujet, mort phthisique, dont les poumons ne m'aient offert, comme lésion principale, un plus ou moins grand nombre d'excavations tuberculeuses, de tubercules, ou de granulations grises demi-transparentes; en sorte que mes observations confirment celles de Laënnec, et que, pour moi comme pour lui, l'existence des tubercules dans les poumons constitue le caractère anatomique de la phthisie.

Les tubercules sont, comme on sait, des tumeurs d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, d'une consistance variable, qui se ramollissent après un certain temps, se vident dans les bronches et donnent lieu à des excavations plus ou moins considérables.

Presque toujours ils étaient plus nombreux, plus gros, plus avancés, dans leur développement, au sommet qu'à la base des poumons; de manière que, sur les cent vingt-trois cas de phthisie dont je fais l'analyse, je n'ai trouvé que deux exceptions à cette règle. (Obs. 37.)

Les tubercules étaient accompagnés d'une production d'un aspect très différent; je veux parler de ces petits corps plus ou moins arrondis, homogènes, luisans, d'une dureté assez considérable, du volume d'un pois à celui d'un grain de millet, désignés sous le nom de granulations grises demi-transparentes.

Ces granulations forment, d'après les belles recherches de Laënnec, le premier degré des tubercules, celui par lequel ils doivent passer avant de revêtir les caractères qui leur sont propres. Comme les tubercules, je les ai trouvées plus grosses, plus nombreuses au sommet qu'à la base des poumons, et limitées à leur sommet quand elles n'existaient pas dans toute leur étendue.

A une certaine époque de leur existence elles offraient un point jaune et opaque au centre; ce point avait d'autant

plus de largeur qu'elles étaient plus rapprochées du sommet des poumons ; en sorte qu'en examinant ces viscères de bas en haut, on y trouvait ordinairement, dans l'ordre suivant, des granulations grises demi-transparentes, des granulations louches et jaunâtres à l'intérieur, et enfin des granulations d'un blanc jaunâtre dans toute leur épaisseur, c'est-à-dire complétement tuberculeuses. Ces dernières étaient ordinairement les seules qu'on observât au sommet des poumons.

Il était rare de ne trouver dans ces organes que des tubercules ou des granulations grises demi-transparentes. Le premier de ces cas ne s'est offert que deux fois à mes recherches. J'ai observé le second sur cinq sujets ; encore y avait-il alors quelques granulations plus ou moins louches et jaunâtres au centre.

Ces faits me semblent établir d'une manière incontestable la transformation des granulations grises demi-transparentes en matière tuberculeuse.

Ces granulations, ordinairement disséminées, étaient aussi, dans bien des cas, rapprochées par petits groupes, ou même formaient des masses d'une forme irrégulière, plus ou moins considérables.

Le plus souvent on les trouvait à une certaine distance de la plèvre. D'autres fois (chez le tiers des sujets environ) elles n'étaient pas moins multipliées sous cette membrane, immédiatement, que dans la profondeur de l'organe. J'ai même rencontré un cas dans lequel, le poumon étant libre dans toute son étendue, elles étaient plus nombreuses à sa superficie que partout ailleurs. (Obs. 11.) Ainsi disposées, les granulations donnaient aux poumons un aspect inégal. Devenues tuberculeuses, puis ramollies, elles étaient remplacées par des abcès qui formaient une saillie plus ou moins considérable à l'extérieur, se vidaient quelquefois dans la cavité des plèvres, et donnaient lieu à des accidents que j'indiquerai au chapitre de la perforation des poumons.

La plèvre conservait, dans un assez grand nombre de cas, sa transparance et sa ténuité ordinaires au niveau de ces petits abcès, qui, au premier abord, ressemblaient bien davantage, par cette raison, à une énorme dilatation vésiculaire, qu'à une petite excavation tuberculeuse.

Le temps nécessaire aux granulations pour acquérir le volume d'un petit pois (celui qu'on observe le plus ordinairement), est, sans doute, très variable et presque toujours impossible à déterminer. Néanmoins, quelques faits de phthisie aiguë semblent indiquer que leur développement est parfois très rapide, qu'elles peuvent atteindre le volume dont il s'agit en deux ou trois semaines seulement. (Obs. 38.) D'un autre côté, un assez grand nombre d'observations donnent à croire qu'elles peuvent encore être fort petites longtemps après leur début. Ainsi, j'ai rencontré plusieurs individus qui toussaient sans interruption, avaient eu des hémoptysies depuis plusieurs années, etc., et qui, pour toute lésion du parenchyme pulmonaire, offraient des granulations grises du volume indiqué, ou même bien au-dessous.

La matière grise demi-transparente se montrait encore sous une autre forme, était fréquemment en masses irrégulières, quelquefois considérables, du volume d'un œuf de poule et plus. (Obs. 51.) Comme dans les cas où elle avait la forme arrondie, elle était brillante, homogène, sans structure distincte. Chez plusieurs sujets on voyait, au milieu des masses dont il s'agit, un plus ou moins grand nombre de points miliaires, d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, véritablement tuberculeux. Chez d'autres, la transformation était presque complète, et l'on ne trouvait plus que quelques parcelles de matière grise au milieu d'une masse de matière tuberculeuse.

Ainsi, que la matière grise se présentât sous forme de granulations ou de masses irrégulières plus ou moins consi-

dérables, elle se transformait tôt ou tard en matière tuberculeuse.

J'ai encore rencontré la matière grise, sous ses deux formes principales, dans d'autres organes; et là, comme dans les poumons, je l'ai trouvée susceptible de la transformation tuberculeuse. Je citerai, à cet égard, le sujet de la septième observation, chez lequel on voyait, au milieu d'une grande quantité de matière tuberculeuse déposée dans le grand épiploon et le méso-colon, des masses plus ou moins considérables de matière grise demi-transparente. N'est-il pas probable que cette dernière eût subi tôt ou tard la transformation tuberculeuse?

Suivant la remarque de Laënnec, on ne trouvait pas, ou l'on trouvait rarement, des vaisseaux dans les masses de matière grise; je m'en suis assuré plusieurs fois au moyen de l'injection. (Obs. 52.)

Il y avait presque constamment, autour des excavations tuberculeuses un peu considérables, une certaine quantité de cette matière grise; souvent aussi elle environnait de toutes parts des granulations louches et jaunâtres, les réunissait en une masse compacte plus ou moins grande. Dans ce cas, je l'ai vue affecter une disposition très singulière sur trois sujets et se présenter sous forme de zones. Celles-ci étaient au nombre de trois, parallèles entre elles, placées horizontalement, occupaient toute l'épaisseur des poumons, avaient trois centimètres de haut et se trouvaient séparées les unes des autres par une tranche de tissu pulmonaire de la même dimension. (Obs. 45.)

Comme les granulations, la matière grise en masse se trouvait fréquemment près de la superficie des poumons, sous la plèvre immédiatement. (Obs. 52, 40.)

Dans le cas où la marche de la phthisie avait été rapide, on pouvait croire que la matière tuberculeuse n'était pas le produit d'une transformation de la matière grise, qu'elle s'était développée primitivement sous cette forme;

car le temps nécessaire à cette transformation semblait avoir manqué. Tel serait le cas d'une jeune fille qui fait l'objet de la quarantième observation, et chez laquelle je trouvai une très grosse masse de matière tuberculeuse ramollie et en partie vidée, au trente cinquième jour de la maladie. Toutefois, il convient d'observer que dans le cas dont il s'agit il y avait, dans le même poumon, de la matière tuberculeuse et de la matière grise; que chez plusieurs autres sujets, dont la maladie a encore marché très rapidement (Obs. 41), on trouvait, au milieu d'un des lobes supérieurs, presque entièrement transformé en matière tuberculeuse ramollie, une certaine quantité de matière grise; que, bien que celle-ci ait pu se développer consécutivement à la matière tuberculeuse, le contraire n'est pas moins probable; en sorte qu'il doit rester des doutes sur la marche de la maladie dans ces différents cas.

Il n'est pas rare, à la vérité, de ne trouver dans les autres organes de l'économie que des tubercules sans granulations; mais les tubercules et les granulations s'y rencontrent aussi, dans un grand nombre de cas, simultanément; quelquefois même, comme on le verra dans la suite, on ne trouve que des granulations grises demi-transparentes, sans tubercules, dans des viscères autres que les poumons; en sorte que si la matière tuberculeuse se développe primitivement dans nos organes, ce n'est, suivant toutes les apparences, que dans le plus petit nombre de cas.

J'ai encore rencontré, dans les poumons des phthisiques et chez eux seulement, une matière moins ferme, plus transparente que celle que je viens de décrire, d'une couleur roussâtre, quelquefois assez pâle, ayant plus ou moins l'aspect des gelées. (Obs. 2.) Cette matière, que Laënnec a décrite, ne m'a jamais offert de grains tuberculeux. Est-elle de même nature que la matière grise demi-transparente?

15. Presque toujours il y avait une plus ou moins grande

quantité de tubercules dans les deux poumons. Néanmoins, j'ai vu cinq fois cette lésion bornée au poumon gauche, et deux fois seulement à celui du côté droit. Ce dernier serait-il un peu moins favorable que l'autre au développement de la matière tuberculeuse ?

J'ai dit que les tubercules affectaient une sorte de préférence pour le sommet des poumons, qu'ils y étaient plus gros, plus avancés et proportionnément plus nombreux que dans le reste de leur étendue. Cette remarque s'appliquerait plus exactement encore au lobe supérieur, comparé à l'inférieur, qu'aux poumons en général ; car, outre les grandes excavations qui, dans presque tous les cas, existent au sommet du lobe supérieur exclusivement, les granulations grises, les tubercules, le petites excavations, etc., sont encore plus nombreux et plus rapprochés dans le reste de son étendue que dans la partie correspondante du lobe inférieur. Souvent même j'ai trouvé tout le lobe supérieur transformé en excavations et en matière grise ou tuberculeuse, imperméable à l'air dans toute son étendue, tandis qu'à la même hauteur je rencontrais toujours, dans le lobe inférieur, une partie plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire capable d'entretenir la respiration, et rarement des excavations tuberculeuses. Une de mes observations de phthisie aiguë est un exemple de la disposition morbide qui nous occupe. (Obs. 41.) Je l'ai rencontrée, telle à peu près qu'il vient d'être dit, sur trente-huit sujets, dans la troisième partie des cas environ, vingt-huit fois à gauche et dix fois seulement à droite. — Ce fait semble encore indiquer que le poumon gauche est plus favorable que le droit au développement des tubercules, et il est d'accord avec celui que j'ai noté dans le paragraphe précédent. L'histoire de la perforation du parenchyme pulmonaire n'est pas moins favorable à cette manière de voir, puisque, sur huit cas de cette espèce de lésion (les seuls que j'ai recueillis), sept ont été observés du côté gauche.

Toutefois, il est des cas où une partie de la matière grise du lobe supérieur des poumons paraît être, comme M. Chomel en a fait la remarque, le produit d'une inflammation chronique. Alors, il est vrai, on ne lui trouve plus l'aspect grenu qui, d'après l'observation de Laënnec, forme le caractère anatomique de la péripneumonie au deuxième ou au troisième degré; mais elle a un coup d'œil louche qu'on ne peut attribuer aux granulations miliaires, qui n'existent pas; elle est traversée par des cloisons celluleuses, blanches et épaisses, aussi distinctes que dans la péripneumonie; elle est plus compacte que la matière grise ordinaire, et ces caractères, quand ils sont bien prononcés, me paraissent suffire pour distinguer les deux espèces de lésions. Et, relativement au manque d'aspect grenu dont j'ai parlé, rien n'empêche de penser qu'il soit l'effet du temps (1), qui modifie, altère et change les caractères de toutes les lésions.

Cette manière d'envisager la lésion qui vient d'être décrite est partagée par M. le docteur Grisolle, dans son beau travail sur la pneumonie, où il ajoute qu'il n'est pas rare de voir disséminées, à la surface de cette lésion, des granulations grises ou même des tubercules à l'état cru ou suppuré (2).

Je n'ai rencontré qu'une seule fois des tubercules enkystés. Ils étaient au sommet des lobes supérieurs, et on les séparait très aisément du tissu qui les environnait. (Obs. 54.)

(1) Cette opinion appartient à M. Andral. M. Andral pense aussi que la péripneumonie a son siége dans les vésicules bronchiques, ce qui donnerait une explication toute simple de l'aspect grenu des poumons dans cette maladie. Cette idée ingénieuse me semble plus qu'une hypothèse; car, quand on injecte les bronches et que l'injection a été poussée modérément, on trouve dans les poumons une infinité de petites masses qui, après avoir été divisées, offrent précisément l'aspect grenu dont il s'agit, tandis que si l'injection a été poussée avec plus de force, les poumons n'offrent plus qu'une masse compacte, où l'aspect grenu est presque entièrement effacé. Cette double expérience ne montre-t-elle pas, à la fois, la cause de l'aspect grenu des poumons dans la péripneumonie aiguë, et de sa disparition quand la maladie a passé à l'état chronique?

(2) *Traité pratique de la pneumonie aux différents âges et dans ses rapports avec les autres maladies aiguës et chroniques.* Paris, 1841, pag. 85.

Le *ramollissement* des tubercules s'opérait à des époques très variées : dans quelques cas, du vingtième au quarantième jour, à compter du début de la maladie (Obs. 37) : ordinairement à une époque beaucoup plus éloignée. Il suivait la même marche que la transformation de la matière grise en matière tuberculeuse, commençait par le centre de la tumeur, s'opérait du sommet à la base des poumons; en sorte qu'en les parcourant dans cette direction, on trouvait, à différentes hauteurs, des excavations, des tubercules ramollis, des tubercules crus et des granulations grises demi-transparentes.

Au lieu de s'opérer d'une manière successive, le ramollissement avait quelquefois lieu simultanément dans une étendue considérable, et tout un lobe, converti en matière tuberculeuse, se trouvait à peu près également mou et friable dans toute son étendue. Ces cas étaient rares, et appartenaient exclusivement à la phthisie aiguë (Obs. 41) : encore y avait-il, alors, quelque excavation incomplète au sommet du lobe supérieur, dont le reste était tuberculeux et presque également ramolli.

M. Reynaud (1), dans son mémoire sur la phthisie des singes, dit aussi avoir rencontré un cas de cette espèce chez un jeune homme de quinze ans, dont le poumon gauche adhérait, dans presque toute son étendue, à la plèvre costale et au péricarde ; une coupe, pratiquée suivant la hauteur de l'organe, le fit voir, dans sa moitié supérieure, creusé d'une vaste cavité, et transformé, dans le reste de son étendue, en une masse compacte d'un blanc jaunâtre, assez ferme, lisse sur la surface des incisions, grenue sur celle des déchirures, s'écrasant sous les doigts, à peu près comme la matière tuberculeuse crue et ferme; ne conservant, dans aucun point, sa structure vésiculaire, et, à part quelques orifices de vaisseaux d'un assez gros calibre et vides, et quelques bronches, ne présentant, nulle part, de traces appréciables

(1) *Arch. de méd.*, t. XXV, p. 30.

de vaisseaux sanguins ou de bronches perméables à l'air. Toutes les petites bronches se trouvaient remplies par une matière un peu blanche, un peu élastique, qui prenait, plus loin, les caractères de la matière tuberculeuse.

On pourrait se demander, ajoute M. Reynaud, de quelle vitalité pouvait jouir cette masse si complétement désorganisée; un pareil poumon doit être considéré comme presque frappé de mort, et l'organe tout entier n'était bientôt plus qu'un corps étranger destiné à être éliminé, si les forces de l'économie avaient pu y suffire.

Je n'ai pas rencontré d'excavations tuberculeuses entièrement vides avant la fin du troisième mois, ou le commencement du quatrième, à partir du début de l'affection. A cette époque, les parois des cavités étaient ordinairement molles et tapissées par une fausse membrane peu consistante, qu'on enlevait avec facilité; bien rarement le tissu pulmonaire était à nu. Quand la maladie remontait à une époque plus éloignée, que les excavations étaient plus anciennes (ce qu'on pouvait reconnaître par l'histoire exacte des symptômes et par les résultats comparés de l'auscultation), leurs parois étaient presque constamment plus ou moins dures, formées par des tubercules, de la matière grise demi-transparente et quelquefois de la mélanose. Ces différentes lésions, séparées par un peu de tissu pulmonaire sain, ou continues entre elles, étaient diversement combinées. La membrane qui tapissait l'excavation était dense, grisâtre, presque demi-transparente, semi-cartilagineuse, d'un demi-millimètre, un peu plus ou un peu moins, d'épaisseur, et ordinairement recouverte d'une autre membrane fort molle, jaunâtre ou blanchâtre, rarement continue à elle-même. Dans la quatrième partie des cas je n'ai rencontré ni l'une ni l'autre membrane, et alors le tissu pulmonaire, plus ou moins profondément altéré, était à nu.

Grandes ou petites, récentes ou anciennes, les excavations communiquaient avec les bronches par un plus ou

moins grand nombre d'ouvertures. La membrane muqueuse des unes et la fausse membrane des autres étaient unies d'une manière intime à l'entrée de l'excavation ; et quand les parois de celle-ci étaient rouges, on ne reconnaissait leurs limites qu'au moyen d'une dissection attentive.

Les excavations anciennes différaient encore de celles qui étaient récentes, en ce qu'elles étaient inégales, anfractueuses, et communiquaient ordinairement avec d'autres excavations plus petites.

Souvent des brides les traversaient en différents sens. Plus ou moins longues et étroites, inégales, de 2 à 4 millimètres de largeur, ces brides étaient formées de matière grise, parsemées de tubercules, plus minces à leur partie moyenne qu'à leurs extrémités : rarement on y trouvait quelques ramifications vasculaires. J'en ai observé néanmoins sur cinq sujets, avec ou sans le secours de l'injection. (Obs. 54.)

La formation des brides supposait la destruction d'une partie quelconque du tissu environnant, et cette circonstance suffirait pour montrer qu'il n'existe pas de grandes excavations sans destruction préalable d'une portion plus ou moins grande du parenchyme pulmonaire. La rupture des rameaux bronchiques au pourtour de ces excavations, l'oblitération des vaisseaux près de leurs parois, leur direction, qui, dans plusieurs cas, indiquait leur passage à travers l'espace qu'elles occupaient, en sont de nouvelles preuves.

Il peut se faire, ainsi que l'a dit Laënnec, que les granulations se développent dans les interstices du parenchyme pulmonaire ; mais quand elles se trouvent plus ou moins rapprochées, qu'elles ont provoqué, autour d'elles, le développement d'une matière grise demi-transparente qui les réunit, bien évidemment il y a encore ici destruction ; le parenchyme compris entre les granulations a disparu, on ne le retrouve pas ; en sorte que les excavations d'un volume peu considérable supposent, comme les grandes, la destruction d'une partie quelconque du tissu pulmonaire.

Les grandes excavations tuberculeuses du lobe supérieur étaient plus rapprochées du bord postérieur que du bord antérieur des poumons, et, dans beaucoup de cas, j'ai trouvé leurs parois presque uniquement formées, dans le premier sens, par une fausse membrane semi-cartilagineuse, de deux à trois millimètres d'épaisseur, qui environnait le sommet de l'organe. Inférieurement elles n'étaient quelquefois séparées de la plèvre qui tapisse la scissure interlobulaire, que par une petite épaisseur du tissu du poumon, plus ou moins altéré (Obs. 51) ; ou même leur paroi se trouvait détruite dans ce point, et elles communiquaient avec une autre excavation plus ou moins considérable, placée dans le lobe inférieur et en arrière ; car il est à remarquer que dans aucun cas je n'ai rencontré de grandes excavations au centre du lobe inférieur.

L'observation suivante est un exemple bien remarquable de la disposition qui vient d'être indiquée, et de la grandeur à laquelle peuvent parvenir les excavations tuberculeuses.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Une fille âgée de vingt ans, d'une constitution un peu délicate, mais habituellement bien portante, vint à l'hôpital de la Charité le 24 août 1824. Elle n'avait pas cessé de grandir et était accouchée heureusement depuis plus de huit mois. A part quelques douleurs à l'épigastre, dont elle se plaignait déjà pendant la grossesse, elle jouit d'une bonne santé durant les deux premiers mois qui suivirent l'accouchement ; après quoi elle éprouva tous les symptômes de la phthisie. La toux et les crachats avaient débuté en même temps, étaient devenus plus incommodes depuis deux mois. A cette augmentation des deux principaux symptômes s'étaient jointes une oppression assez forte, des douleurs entre les épaules et à la partie moyenne du sternum. Il n'y avait eu que de très-légères hémoptysies. La voix s'était affaiblie

dans les derniers quinze jours et avait fini par disparaître entièrement; l'appétit avait été variable dès le début, alternativement faible et assez prononcé, les nausées fréquentes, l'abdomen plus ou moins douloureux; et, depuis vingt-quatre jours, la malade vomissait quelquefois spontanément. Dans les quatre derniers mois la diarrhée avait été constante, la chaleur forte, les sueurs assez copieuses pendant la nuit, l'amaigrissement progressif: des frissons s'étaient manifestés dès les premiers temps et avaient reparu presque tous les jours dans la suite.

Le 26 avril: figure pâle et fatiguée, céphalalgie peu considérable, insomnie comme depuis trois mois, intégrité de l'intelligence; — toux médiocrement fréquente, crachats verdâtres, imparfaitement pelotonnés, peu abondants, nauséabonds comme l'haleine de la malade; voix faible et légèrement altérée; percussion sonore et douloureuse sous les deux clavicules; pectoriloquie, tintement métallique pendant la toux, l'inspiration et l'expiration, au-dessous de la clavicule du côté droit; — langue dans l'état naturel; anorexie incomplète, pesanteur à l'épigastre immédiatement après l'ingestion des aliments; douleur habituelle dans cette région; sensibilité à l'hypogastre: la veille, trois selles accompagnées de coliques; — pouls petit et faible, extrêmement accéléré; chaleur peu élevée, sueur nocturne; — faiblesse extrême, dernier degré de marasme. La malade était venue à l'hôpital après avoir été abandonnée, au désespoir, et exprimait vivement le désir de guérir. Elle se tenait couchée à gauche.

Le 27, elle accusa une douleur assez forte au côté droit de la poitrine, et, le 28, à trois heures de l'après-midi, elle mourut presque sans agonie, ayant conservé sa connaissance jusqu'à la fin.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort. — *État extérieur.* — Dernier degré de marasme. Rien autre de chose de remarquable.

Tête. — Deux petites cuillerées de sérosité dans l'arachnoïde supérieure; pie-mère un peu rouge; cerveau sain; une demi-cuillerée de sérosité claire dans chaque ventricule latéral.

Cou. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait assez fortement, à son sommet et en arrière, dans la plus grande partie de son étendue, à la plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane ferme et médiocrement épaisse. Sa face externe, après en avoir détruit les adhérences, offrait une concavité large et profonde, résultat d'une énorme excavation qui formait les trois quarts ou les quatre cinquièmes du volume total des poumons, s'étendait du sommet à la base de l'organe, à 2 centimètres de laquelle elle finissait, et, du bord postérieur, à 1 centimètre, ou à peu près, de l'antérieur. Cette excavation contenait une matière trouble, médiocrement épaisse, grisâtre et brunâtre, d'une odeur fétide, analogue à celle des matières animales mises en macération depuis quelque temps. Ses parois étaient extrêmement anfractueuses, offraient, dans plusieurs points, des lambeaux de substance pulmonaire profondément altérée, prêts à s'en détacher; n'étaient point tapissées par une fausse membrane, avaient, à leur partie externe, de 2 à 6 millimètres d'épaisseur et quelquefois beaucoup moins. Au niveau de la scissure interlobulaire l'excavation était divisée en deux parties inégales, au moyen d'une cloison percée de plusieurs larges ouvertures, et formée, comme le reste de son pourtour, par une matière grise, quelquefois bleuâtre et demi-transparente, semée de tubercules. La bronche droite s'ouvrait dans cette énorme excavation presque aussitôt son entrée dans le poumon, après un trajet de 10 millimètres, et était beaucoup plus large que celle du côté opposé. Le reste de l'organe contenait beaucoup de granulations grises et tuberculeuses, en sorte que la partie perméable à l'air formait à

peine le dixième de son volume. Le sommet du poumon gauche adhérait faiblement à la plèvre costale, offrait une petite cavité capable de contenir une noix, entourée de matière grise demi-transparente, surtout de tubercules. Au-dessous, le lobe supérieur contenait beaucoup de granulations grises demi-transparentes, réunies en petites masses; et plusieurs d'entre elles, voisines de la plèvre, formaient, extérieurement, des bosselures très marquées. Il y en avait fort peu dans le lobe inférieur. — Le cœur était sain, l'aorte rouge dans toute son étendue, et cette rougeur se propageait, en perdant de son intensité, dans les artères carotides et fémorales. L'épaisseur et la consistance des tuniques artérielles n'étaient pas sensiblement altérées.

Abdomen. — Foie volumineux, d'une couleur fauve, recouvrant une partie de l'estomac, d'une médiocre consistance, un peu gras. La bile de la vésicule épaisse et filante. — L'estomac était bleuâtre à l'extérieur, dans la partie correspondante au grand cul-de-sac, et il avait un volume convenable. Quoique séparé, avec les plus extrêmes ménagements, de la rate et des parties adjacentes, il offrait, un peu à gauche du cardia et en arrière, une ouverture de près de 3 centimètres de diamètre, à bords extrêmement minces et pâles, formés par le péritoine et une lame très ténue de tissu sous-muqueux. A l'intérieur, la partie la plus considérable du grand cul-de-sac et de la face antérieure de l'estomac était d'un blanc bleuâtre, offrait des veines largement dessinées; la membrane muqueuse correspondante était molle comme du mucus, et mince comme une feuille de papier joseph. Cette membrane offrait encore la même lésion, sous forme de bandes de 6 à 9 millimètres de largeur, dans le reste de son étendue; était d'un rouge assez vif et d'une médiocre consistance dans les intervalles. La muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine, à part dix très petites ulcérations voisines du cœcum. Entre elle et la tunique sous-muqueuse se trouvaient, dans le même point,

quelques boutons blanchâtres, un peu plus gros que des grains de millet, non évidemment tuberculeux. Dans le gros intestin, cette membrane était pâle, sans ulcérations, un peu épaissie et molle comme du mucus. — Les glandes mésentériques étaient saines, la rate un peu molle, la matrice très petite, en sorte qu'elle n'avait que 32 millimètres d'étendue d'un côté à l'autre. — Le reste dans l'état naturel.

La sonoréité de la poitrine au-dessous de la clavicule droite, la pectoriloquie, le tintement métallique dans le même point, tout annonçait, dans cette partie, une vaste excavation. Cependant j'étais loin de la croire aussi considérable. Sans doute, si la faiblesse de la malade ne m'eût empêché d'étudier les phénomènes de la respiration en arrière, j'aurais pu recueillir de nouvelles données pour apprécier avec plus d'exactitude la grandeur de l'excavation; mais il est bien probable qu'alors même je n'aurais pas complétement évité l'erreur, que j'aurais attribué à un grand nombre de cavités communiquant les unes avec les autres, les phénomènes qui avaient leur cause dans une cavité unique. La cloison incomplète qui existait à la partie supérieure de l'énorme caverne était formée par l'agglutination des parties correspondantes des lobes supérieur, moyen et inférieur, réduits, dans ce point, à une très petite épaisseur. Les lambeaux à demi putréfiés qui adhéraient encore aux parois de l'excavation, l'odeur du liquide qu'elle contenait, en tout semblable à celle des crachats, n'étaient pas moins remarquables que son étendue. Il faut en dire autant de l'élargissement et de la brièveté de la bronche qui s'y ouvrait; et l'on conçoit que, dans un tel état de choses, des lambeaux de poumon altéré puissent être rendus par l'expectoration. Des renseignements donnés par la mère de la malade semblaient même indiquer qu'on avait vu quelques débris de tissu pulmonaire dans ses crachats, quelques jours avant son admission à l'hôpi-

tal. Mais les malades et ceux qui les entourent observent avec trop de prévention pour qu'on puisse, sur leur simple témoignage, considérer un fait de ce genre comme certain.

Remarquons encore que, malgré la grandeur du désordre, il n'y a eu que de fort légères hémoptysies ; que la marche de la maladie a été rapide; enfin, que cette observation est un exemple de l'inégalité qui existe assez souvent entre la lésion de l'un et l'autre poumon chez les phthisiques.

En effet, bien que, chez le plus grand nombre des individus, il existât des excavations tuberculeuses dans les deux poumons, cela n'était pas constant ; dans la sixième partie des cas, il n'y en avait que de l'un ou de l'autre côté, et quand on en trouvait à droite et à gauche, elles étaient ordinairement de grandeur différente. Chez un peu moins du dixième des sujets elles étaient également vastes de deux côtés ; et, chez un autre dixième, leurs dimensions, moyennes ou petites, étaient les mêmes à droite et à gauche.

Par excavations vastes, j'entends celles dont la capacité représentait le volume d'un œuf d'oie, du poing du sujet et quelquefois plus. Elles existaient, soit à droite, soit à gauche, dans la moitié des cas à peu près, et, dans la même proportion, de l'un et de l'autre côté. Les excavations moyennes étaient du volume d'une pomme de reinette et au-dessous; les petites, de celui d'une petite noix; les unes et les autres se partageaient presque également le reste des sujets.

La matière contenue dans les excavations variait d'après plusieurs circonstances, dont les principales étaient relatives à leur ancienneté, à leur structure, peut-être aussi à l'embarras plus ou moins prolongé de la circulation dans les derniers moments de la vie. Quand elles étaient récentes, la matière dont il s'agit était épaisse, jaunâtre, pareille au

pus ordinaire. Quand elles étaient anciennes et surtout anfractueuses et dépourvues de fausse membrane, le liquide était verdâtre et grisâtre, d'un aspect sale et désagréable, ténu, d'une consistance moyenne, quelquefois souillé de sang ou même fort rouge. Cette dernière coloration survenait, sans doute, quelques heures avant la mort seulement; car elle n'était pas rare, et il l'était au contraire beaucoup de voir des crachats rouges le dernier ou les deux derniers jours de l'existence.

Ordinairement sans odeur, la matière des excavations avait quelquefois celle des substances animales mises en macération depuis quelque temps. Cette odeur était indépendante de l'étendue des cavités, dont quelques unes avaient la quatrième ou la cinquième partie du volume total de l'un des poumons, sans qu'elle existât. Elle ne dépendait pas davantage de l'action, du moins unique, de l'air, puisqu'il y en avait toujours une plus ou moins grande quantité dans les excavations, et que je ne l'ai observée que dans trois cas. Dans l'un, celui qui fait l'objet de l'observation précédente, elle semblait être le résultat de la mortification de quelques lambeaux de matière grise, incomplètement détachés des parois de la cavité; dans les deux autres, cette particularité n'existait pas, les excavations étaient plus ou moins anfractueuses et n'offraient rien autre chose de remarquable.

Au lieu d'air et de pus, j'ai trouvé, dans un cas, une matière fibrineuse déjà organisée, remplissant une cavité tuberculeuse de moyenne dimension. Ce fait me semble assez curieux pour devoir trouver place ici.

IIe OBSERVATION.

Un joueur d'orgues, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, d'un caractère vif, fut admis à l'hôpital de la Charité le 24 avril 1824. Il était malade depuis vingt mois, ne travaillait pas

depuis un an, avait gardé le lit, par intervalles, dans les trois dernières semaines, et attribuait sa maladie à un verre d'eau froide qu'il avait bue ayant très chaud. L'affection avait débuté par une toux sèche, accompagnée d'oppression; les crachats ne s'étaient établis qu'au deuxième mois, et, jusque dans les derniers huit jours, il n'y avait pas eu d'hémoptysie. A cette époque était survenu, tout-à-coup, sans cause connue, au milieu d'une promenade paisible, sans accès de toux préalable, un crachement de sang si abondant que le malade assurait en avoir vomi six palettes en moins de vingt minutes; après quoi les crachats avaient seulement conservé une couleur rouge plus ou moins foncée. Les frissons, la chaleur et les sueurs s'étaient établis depuis neuf mois. L'appétit n'avait que fort peu diminué, bien qu'assez fréquemment la toux excitât le vomissement. Il n'y avait eu de diarrhée que de loin en loin et pour quelques jours chaque fois. La maigreur s'était manifestée dès le début.

Le 25 août, elle était considérable; la couleur de la peau, et celle de la figure surtout, un peu jaunâtre; l'oppression médiocre, la toux peu fréquente, les crachats opaques, souillés de sang, ou bien couleur acajou. Le malade croyait les sentir se détacher du côté gauche de la poitrine, et, à chaque secousse de toux, il éprouvait, à la partie inférieure du même côté, une légère douleur qui existait depuis le début. La percussion ne rendait aucun son sous la clavicule droite, dans la hauteur de 6 centimètres, et à gauche dans toute la partie correspondante au lobe supérieur. Dans les mêmes points la pectoriloquie était évidente, la respiration trachéale et accompagnée, du côté gauche, de beaucoup de gargouillement. L'auscultation, pratiquée entre les épaules, donnait les mêmes résultats. Le pouls était un peu accéléré, petit et faible; la chaleur plutôt au-dessous qu'au-dessus de son degré habituel; l'appétit médiocre, la soif dans l'état naturel, la digestion facile, le ventre souple et indolent, les

selles quotidiennes et d'une bonne consistance. (*Tis. pect.; pot. gom.; quart de port. sans vin.*)

Le 1er septembre, l'appétit avait augmenté, les douleurs du côté gauche étaient plus fortes et plus continues qu'à l'ordinaire.

Le soir, elles avaient beaucoup diminué; il en était survenu d'assez vives à l'hypogastre et à la gorge; l'oppression restait stationnaire, les crachats n'avaient pas changé sensiblement. Le malade disait que tout son mal était du côté gauche de la poitrine; sa voix n'était pas altérée; il n'éprouvait aucune sensation pénible le long de la trachée-artère.

Dans la journée du 11 l'étouffement devint considérable, et, dans la nuit du 11 au 12, le malade fut obligé de se mettre à son séant, puis de quitter le lit afin de diminuer l'oppression.

Le 12 au matin, il éprouvait, derrière la clavicule gauche, une sensation extraordinaire qu'il comparait à un trou; la dypsnée était extrême, l'appétit presque nul, les selles régulières et d'une bonne consistance; il se plaignait de vives douleurs de ventre, était hors du lit, placé sur une chaise, le corps fléchi en avant, dans une anxiété très grande.

Les mêmes symptômes persistèrent; la respiration devint très précipitée, les crachats conservèrent l'aspect indiqué, les douleurs de ventre furent plus ou moins fortes, et, dans la nuit du 16 au 17, le malade mourut sans avoir éprouvé le moindre délire.

Il s'était encore levé dans la matinée du 16 à raison de l'étouffement. Le même jour et la veille j'avais cherché, sans succès, la pectoriloquie sous la clavicule gauche; et, vingt-quatre heures avant, le malade disait avoir entendu, dans le même point, un râle effrayant.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA

mort. — *État extérieur.* — Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Infiltration médiocre de sérosité au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau. Une cuillerée du même liquide dans chaque ventricule latéral ; autant à la base du crâne. Cloison demi-transparente ramollie et comme pulpeuse à sa partie inférieure : le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. — L'épiglotte et le larynx étaient dans l'état naturel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rouge tendre, parsemée, dans sa partie inférieure, d'un assez grand nombre d'ulcérations, dont les plus considérables répondaient à sa portion charnue.

Poitrine. — Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale d'une manière intime à son sommet, et ailleurs, au moyen de filaments celluleux, entre lesquels était épanchée un peu de sérosité. Son lobe supérieur était dur, transformé en une matière grise demi-transparente, au milieu de laquelle s'en trouvait une autre parfaitement homogène, jaunâtre, semblable, au premier aspect, à de la gelée, mais beaucoup plus ferme et ne cédant qu'à une pression assez considérable. Çà et là on voyait encore quelques tubercules ramollis, plus ou moins complétement vidés, et, au sommet du lobe, une excavation capable de contenir une pomme de moyenne grosseur, remplie par une masse de fibrine. Celle-ci était rouge, d'une bonne consistance, enveloppée par une fausse membrane peu adhérente à celle de la cavité, blanche, un peu fragile, et d'où partaient beaucoup de cloisons qui se réunissaient en un point central. Autour de l'excavation, et au milieu de la substance grise, se trouvaient des vaisseaux d'un millimètre, ou un peu moins, de diamètre. Je les suivis très aisément au moyen d'un stylet délié, sans pouvoir trouver de communication entre eux et la cavité dont il s'agit. Une bride assez large, placée entre cette excavation et une autre bien moins considérable, qui

se trouvait en arrière, contenait encore un petit rameau vasculaire, aussi sans communication. Le lobe inférieur offrait beaucoup de matière grise, de tubercules et de granulations, était perméable à l'air dans la moitié de son étendue. Le poumon droit avait des adhérences universelles et celluleuses : on voyait, à son sommet, beaucoup de granulations grises, une excavation d'un médiocre volume, et, à sa base, quelques noyaux de tissu hépatisé. — Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains

Abdomen. — Le foie était d'un rouge obscur plus foncé que dans l'état habituel, d'un volume convenable ; la bile de la vésicule, d'une médiocre consistance. — La membrane muqueuse de l'estomac était couverte d'un mucus visqueux ; sa couleur d'un rouge assez vif dans toute son étendue ; son épaisseur et sa consistance convenables ; son aspect velouté ; — le duodénum dans l'état naturel ; — la membrane muqueuse de l'intestin grêle comme sablée de suie, et, à cela près, parfaitement saine ; — celle du gros intestin un peu ramollie et plus ou moins rouge dans toute son étendue. Il y avait quatre ulcérations peu considérables dans le cæcum et dans le colon droit, d'une couleur grisâtre due au tissu cellulaire un peu épaissi qui en formait le fond. Les matières fécales, d'un jaune obscur dans le cæcum, étaient, ailleurs, d'un jaune clair et d'une bonne consistance. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

A ne considérer que l'organisation apparente du caillot fibrineux de la grande excavation du poumon gauche, on devrait peut-être en faire remonter l'existence à l'époque à laquelle le malade éprouva une abondante hémoptysie ; mais si l'on tient compte des signes fournis par l'auscultation et des symptômes observés dans les derniers temps, la chose paraîtra fort douteuse. En effet, quand je vis le malade pour la première fois, huit jours après le début de l'hémoptysie, on entendait la pectoriloquie sous la cla-

vicule gauche, c'est-à-dire vis-à-vis la cavité que je trouvai remplie par un caillot fibrineux; et ce symptôme fut constaté plusieurs jours de suite. La pectoriloquie fut vainement cherchée dans le même point, vingt-quatre et quarante-huit heures avant la mort. Dans l'hypothèse où le caillot fibrineux ne se serait formé que dans les derniers jours de la vie, tout s'explique aisément; la pectoriloquie devait exister sous la clavicule gauche, à l'époque de l'admission du malade à l'hôpital, et on ne pouvait plus la trouver dans les derniers jours de son existence. Dans la supposition contraire, tout est inexplicable; et il faut admettre que la pectoriloquie existe et n'existe pas vis-à-vis une excavation entièrement oblitérée. Si de cette double considération on rapproche la subite apparition des autres symptômes locaux, la dyspnée, la sensation extraordinaire éprouvée derrière la clavicule gauche quatre jours avant la mort, on conviendra, malgré la difficulté de se rendre compte de ces derniers accidents, qu'il est infiniment probable que le caillot fibrineux ne se sera formé que dans les derniers jours de l'existence du malade.

Relativement à la dyspnée, je dirai que l'état de la membrane muqueuse de l'estomac et du colon, qui peut être considéré comme le produit d'une inflammation aiguë, y aura sans doute eu quelque part.

J'ai observé tout récemment un fait d'un autre genre, bien plus remarquable encore, toujours relatif à l'objet particulier qui nous occupe, et dont je vais donner l'histoire.

IIIe OBSERVATION.

Une couturière, âgée de vingt-sept ans, d'une constitution un peu délicate, accouchée heureusement et à terme depuis quinze jours, vint à l'hôpital de la Charité le 8 mars 1825. Elle toussait et crachait depuis sept mois et demi,

sans en connaître la cause, et avait quelquefois des douleurs de côté. Des frissons, suivis de chaleur et de sueurs, étaient survenus dans les derniers temps de la grossesse et avaient cessé à la suite des couches; l'anorexie était complète, la soif assez vive depuis un mois; la diarrhée presque continue depuis trois. La malade n'avait point eu d'hémoptysie et ne se rappelait pas l'époque à laquelle l'amaigrissement avait commencé.

Le 9 mars : décoloration de toute l'habitude du corps et des lèvres, sentiment de faiblesse considérable, mouvements pénibles, rares et bornés; décubitus élevé, oppression assez forte, toux peu fréquente, quelques crachats muqueux en partie opaques; poitrine sonore dans toute son étendue, gargouillement sous l'aisselle droite et en arrière du même côté, entre l'épaule et la colonne vertébrale; au-dessous et à gauche, dans la partie correspondante, un peu de râle crépitant; ailleurs la respiration était naturelle; le pouls était petit, faible, accéléré (110 pulsations par minute), la chaleur médiocre; la langue pâle et nette, la bouche pâteuse, l'anorexie complète, sans nausées; l'épigastre et surtout l'hypogastre étaient douloureux; la douleur augmentait beaucoup par la pression. La malade n'avait perdu que fort peu de sang lors de ses couches; au quatrième jour l'écoulement était devenu blanchâtre; il avait conservé le même caractère et était très peu considérable. (*Violette édulcorée; potion gommeuse; lavement de lin; foment. émoll. à l'hypog.; demi-julep; lait de poule.*)

Jusqu'au 5 avril, jour de la mort, la soif fut médiocre, plus forte la nuit que le jour; les crachats peu abondants, opaques et pelotonnés dans les dernières vingt-quatre heures seulement. Il y eut dans la nuit du 25 au 26 mars, du côté gauche de la poitrine, une douleur assez forte, qui céda promptement à l'application de quelques sangsues, et dès lors la toux et l'oppression furent considérables. La percussion et l'auscultation, pratiquées plusieurs fois jusqu'à

cette époque, avaient toujours donné les mêmes résultats que le premier jour.

Le pouls fut constamment petit et faible, plus ou moins accéléré, battait de 108 à 115 fois par minute. La malade eut un frisson violent dans la nuit du 25 au 26 mars, et, à compter de cette époque, la chaleur générale fut sensiblement augmentée. Je n'observai de sueurs dans aucun temps.

La soif fut peu considérable, l'anorexie constante. Passé le 13 mars il y eut des nausées et des vomissements de matières vertes et amères, ou fades et blanchâtres, soit pendant la toux, soit dans ses intervalles. Ces vomissements étaient quelquefois suspendus un ou deux jours, et quelquefois ils revenaient à plusieurs reprises dans la journée. Les douleurs de ventre diminuèrent un peu; il n'y eut de diarrhée que dans la dernière semaine; elle fut considérable et sans coliques. L'urine devint plus ou moins brûlante, et, du 28 mars au 2 avril, il y eut rétention; ce qui obligea de recourir plusieurs fois au cathétérisme. L'écoulement qui avait lieu par le vagin fut momentanément rouge, à deux reprises différentes.

L'affaiblissement diminua, la figure fut plus ou moins animée quatre jours après l'entrée de la malade à l'hôpital. Le 12 mars, j'observai un peu d'œdème aux membres inférieurs, et bientôt il devint considérable. Le 25, il y eut des douleurs aux cuisses. Ces douleurs étaient très vives, deux jours avant la mort, à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche où l'on remarquait une faible nuance rose; le délire fut continuel et l'agitation générale, pendant la dernière nuit. La malade mourut à quatre heures du matin.

On ajouta aux premières boissons la tisane de chiendent avec le sirop des cinq racines; on fit des fumigations aromatiques avec des baies de genièvre, dans le lit. A l'époque de la diarrhée on ordonna la décoction blanche avec le

sirop de coing, du diascordium avec 5 centigrammes d'opium, et enfin un demi-lavement opiacé. La malade prit, pour toute nourriture, des laits de poule.

Ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort. — *État extérieur.* — Infiltration considérable des membres inférieurs; quelques phlyctènes à la partie interne et supérieure des cuisses; rougeur assez vive de la peau dans les mêmes points. — Les veines crurales, celles du côté gauche surtout, étaient distendues par des caillots de sang fibrineux, durs, d'un rouge plus ou moins pâle, hématite ou acajou, adhérents avec force à leurs parois. Leur membrane interne était nuancée de rose, un peu plus épaisse que celle d'un sujet du même âge que je leur comparai. Les caillots se prolongeaient dans les veines collatérales et dans les iliaques, jusque dans la veine cave supérieure.

Tête. — Infiltration de sérosité claire assez considérable au-dessous de l'arachnoïde qui recouvre la convexité du cerveau; un peu moins d'une cuillerée du même liquide dans chaque ventricule latéral; une cuillerée et demie dans les fosses occipitales inférieures. Tout l'encéphale un peu mou.

Cou. — Une des glandes lymphatiques du côté gauche avait le volume d'une amande verte, était ferme, rougeâtre et comme piquée de plusieurs petits points jaunâtres, opaques, évidemment tuberculeux. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Il y avait environ deux litres de sérosité claire et roussâtre dans la cavité de la plèvre du côté gauche. Le poumon correspondant était réduit à un très petit volume et recouvert, comme la plèvre costale, par une fausse membrane rouge, médiocrement consistante, de moins d'un millimètre d'épaisseur. Son tissu était grisâtre, sain, privé d'air; les bronches, d'un rouge vif, sans épaississement marqué. Le poumon droit offrait quelques adhérences celluleuses rares, et, à son sommet, une excavation de moyenne gran-

deur, en partie occupée par un liquide trouble et verdâtre, au milieu duquel se trouvait un corps légèrement grisâtre, rayé, comme le tissu pulmonaire, de lignes noires, oblong, un peu aplati, ayant 39 millimètres de long sur 20 de large, léger, mou, un peu élastique, faiblement nuancé de rose à l'intérieur ; en un mot, tout à fait semblable à un morceau de poumon de même étendue, qu'on aurait mis dans l'eau pendant quelque temps. Ce corps n'avait point de mauvaise odeur ni de pédicule à sa surface. L'excavation était tapissée par une fausse membrane d'une médiocre consistance, épaisse d'un demi-millimètre, appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain. Elle offrait, dans deux points opposés, deux saillies de 2 millimètres environ, formées par l'extrémité de deux rameaux bronchiques. Dans le reste de son étendue le poumon était légèrement engoué, sans tubercules, sans granulations grises, sans traces de lésions organiques de quelque nature que ce fût. Les bronches étaient pâles et minces ; le cœur avait à peine les deux tiers de son volume ordinaire ; l'aorte était dans l'état naturel.

Abdomen. — Environ un litre de sérosité citrine et claire dans la cavité de l'abdomen. L'estomac était presque doublé de volume, occupait une partie de l'hypochondre gauche et descendait jusqu'à l'ombilic. Sa membrane muqueuse avait une couleur bistre et jaunâtre dans toute son étendue, à part une zone de 3 centimètres de largeur, contre le pylore; une médiocre consistance et moitié moins d'épaisseur que dans l'état ordinaire. Cette épaisseur était moindre encore au niveau d'une infinité de taches blanchâtres, arrondies, de 2 à 3 millimètres de largeur, à peu près uniformément distribuées sur toute la surface de l'organe. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était dans l'état naturel; celle du cœcum et du colon droit un peu ramollie : dans le reste de la longueur du gros intestin elle était molle comme du mucus, et rouge dans le rectum seulement : il n'y avait pas d'ulcération. — Les glandes mésentériques et méso-colites

étaient saines. — La matrice était presque doublée de volume, sa cavité très élargie, sa surface intérieure noirâtre, son tissu plus ou moins rouge, spongieux en quelque sorte et très facile à diviser; ses parois sans épaississement, excepté à sa face antérieure où elles faisaient une saillie de 2 millimètres en dedans. Les ovaires étaient un peu mous et plus gros que dans l'état naturel. Le reste des viscères de l'abdomen en bon état.

L'existence d'un fragment de tissu pulmonaire au milieu d'une excavation, est sans doute un fait fort extraordinaire et que peut-être on n'avait pas observé jusqu'ici. Toutefois, il ne saurait y avoir de doute sur la réalité de celui qui vient d'être décrit; car, couleur, consistance, tissu, déchirure, tout, dans le fragment dont il s'agit, était semblable aux mêmes objets considérés dans les poumons. L'absence d'odeur putride prouve que sa séparation complète n'était pas fort ancienne, et l'on peut présumer qu'il n'a tenu, pendant un certain temps, au reste de l'organe que par les deux saillies des bronches que j'ai indiquées. Ces deux points étaient effectivement les seuls de l'excavation où il n'y eût pas de fausse membrane; ailleurs elle existait, semblable à elle-même dans toute son étendue; ce qui indiquait que depuis assez de temps sans doute la séparation du fragment était opérée, à part les deux points en question.

La cavité dont il s'agit est encore remarquable en ce que la fausse membrane qui la tapissait était partout appliquée sur le tissu pulmonaire sain ou légèrement engoué, ce qui est fort rare.

Mais ne pourrait-on pas se demander, avec quelque fondement, si cette excavation était tuberculeuse, si le sujet était phthisique? car il n'y avait ni tubercules, ni granulations grises dans les poumons, point d'ulcérations au larynx, à la trachée-artère, ou dans les intestins; lésions si ordinaires dans la phthisie. A cela je répondrai que la matière puru-

lente de l'excavation était parfaitement semblable à celle qu'on trouve ordinairement dans les cavités tuberculeuses; que la fausse membrane qui la recouvrait ne différait pas non plus de celles qui existent dans les dernières; enfin, et ce fait est peut-être un des plus concluants, une des glandes cervicales était en partie tuberculeuse, et nous verrons plus tard que je n'ai observé la transformation tuberculeuse des glandes lymphatiques que chez les phthisiques.

Parmi les circonstances de cette observation, que je ne ferai qu'indiquer, je rappellerai la pleurésie du côté gauche, dont le début a été marqué par des douleurs assez vives; l'amincissement partiel et général de la membrane muqueuse de l'estomac, sans ramollissement bien marqué; le défaut de consistance, l'altération de couleur de l'utérus, suites de l'inflammation; enfin, l'œdème des membres inférieurs, dont la cause doit être rapportée à l'obstruction des veines crurales.

Pour terminer ce que j'avais à dire sur les excavations tuberculeuses, je remarquerai que dans aucun cas je n'ai rencontré, au milieu du tissu pulmonaire *sain*, des cavités communiquant avec les bronches et tapissées, comme les excavations tuberculeuses *anciennes*, par une fausse membrane légèrement grisâtre, semi-cartilagineuse et incomplètement opaque. Cependant elles ont été observées par Laënnec et, depuis lui, par un assez grand nombre d'observateurs, sur le cadavre de personnes qui avaient éprouvé, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, les symptômes de la phthisie; et, à raison de leur structure, il serait difficile de ne pas croire qu'elles aient succédé à des tubercules fondus, dont elles seraient un mode de guérison. L'observation qui précède est, d'ailleurs, bien propre à confirmer cet fait; car, dans cette observation comme dans celles dont il s'agit, l'excavation était unique, le parenchyme pulmonaire sain, et l'on peut croire que si le

sujet eût vécu quelques semaines ou quelques mois de plus, la fausse membrane qui tapissait la cavité aurait offert les caractères qui viennent d'être rappelés.

Je n'ai pas non plus trouvé, au sommet des poumons, ces masses de tissu cellulaire condensé, auxquelles aboutissent des rameaux bronchiques plus ou moins dilatés, et que Laënnec considère comme des cicatrices d'excavations tuberculeuses.

Je suis loin, toutefois, de nier soit l'existence de cette lésion que les successeurs de Laënnec ont observée, soit l'induction qu'a cru devoir en tirer cet illustre médecin ; et si, comme le remarque M. Andral, on rencontre quelquefois au sommet des poumons qui offrent des traces de phlegmasie chronique *sans tubercules*, des masses, des intersections cellulo-fibreuses, fibreuses, cartilagineuses, semblables à celles qu'on trouve chez les tuberculeux, ces lésions diffèrent de leurs analogues chez les phthisiques en ce qu'on ne voit point alors de rameaux bronchiques se confondre avec elles ; car, dit avec raison M. Andral, *dès que cette dernière circonstance manque, on ne peut plus tirer la même conclusion de la présence de ces productions accidentelles ; rien ne porte plus à penser qu'elles occupent la place d'une cavité, et l'on peut très-bien, dans ce cas, admettre qu'elles ont été formées primitivement, comme se forment les tubercules et la mélanose.* — J'ajouterai que ces remarques, si simples et si justes, n'ont pas toujours été prises en considération par les observateurs.

Non seulement les granulations grises demi-transparentes se transforment en tubercules ; non seulement ceux-ci se ramollissent, après un temps variable, et sont remplacés par des cavernes qui tantôt restent vides en se rétrécissant, tantôt se remplissent d'une substance blanche, fibreuse ou semi-cartilagineuse ; mais on voit aussi, dans certains cas sur lesquels je reviendrai quand il s'agira de la marche de la phthisie, les tubercules offrir un mélange de ma-

tière tuberculeuse proprement dite et de matière crétacée ; celle-ci dominer dans beaucoup de cas, être seule dans d'autres, et toujours au sommet du poumon, là où les tubercules commencent à se développer. Il semblerait même, d'après les intéressantes recherches de M. Papavoine (1), que dans l'âge adulte et surtout chez les vieillards, des granulations d'un volume considérable, d'un aspect cartilagineux, contiennent quelquefois des grains osseux, comme si les granulations grises demi-transparentes pouvaient encore subir cette dernière transformation, sans passer par l'état tuberculeux proprement dit.

Les enfoncements observés à la partie supérieure des poumons, et autour desquels le tissu de ces viscères est comme froncé, ne m'ont paru correspondre à aucune lésion déterminée. Fréquemment je les ai vus quand le parenchyme pulmonaire était sain, ou seulement un peu endurci dans une petite épaisseur, au-dessous de la plèvre immédiatement ; quelquefois aussi, quand il y avait, au sommet du lobe supérieur, des tubercules non ramollis, des excavations tuberculeuses peu considérables, ou des concrétions osseuses.

Dans aucun cas je n'ai rencontré de *ramifications bronchiques* à l'intérieur des cavités tuberculeuses, ou dans les masses de matière grise demi-transparente ; en sorte que le premier effet du développement de cette matière paraît être, comme l'a remarqué Laënnec, la destruction des bronches dans la partie où il a lieu. On pourrait croire que cette destruction s'opère par la transformation des bronches en matière grise ou tuberculeuse ; mais cela me semble fort douteux, vu que je n'ai jamais rencontré cette transformation, soit dans le voisinage des cavités ou des masses tuberculeuses, soit dans une partie quelconque des poumons, là même où les bronches offraient déjà quel-

(1) *Journal des progrès des sciences médicales*, 1828, t. 10, p. 30.

que autre altération. Il est donc très probable que cette destruction a lieu par absorption.

Cependant on lit dans un mémoire intéressant de M. de Castelnau sur le tintement métallique (1) un fait qui semble faire exception à la loi dont il s'agit. L'auteur dit, en effet, en décrivant les colonnes qui traversaient une vaste caverne, et dont plusieurs contenaient des vaisseaux très perméables : « Les bronches ne forment qu'un très petit nombre de ces colonnes ; la plupart de ces conduits aériens sont divisés et vont s'ouvrir dans l'intérieur de la caverne. On en acquiert la certitude en versant de l'eau dans la trachée ; on voit alors le liquide sourdre en différents points dans les excavations. Deux de ces canaux seulement s'ouvrent au-dessous de la matière tuberculeuse ramollie qui remplit une partie de la caverne. »

Quelquefois la membrane muqueuse bronchique conservait, dans le voisinage des cavités tuberculeuses, la blancheur qui lui est naturelle; le plus ordinairement elle était d'un rouge vif. Cette rougeur semblait résulter du passage habituel de la matière purulente des excavations dans les bronches ; car on ne l'observait pas ou on l'observait rarement au voisinage des masses de matière grise ou des tubercules non suppurés ; elle était moins fréquente dans les rameaux qui s'ouvraient dans des excavations récentes, que dans ceux qui communiquaient avec les anciennes ; et, quand elle était générale, on la trouvait plus marquée près de ces dernières que partout ailleurs.

Devenue rouge, la membrane muqueuse bronchique était quelquefois un peu épaissie, quelquefois aussi elle était le siége de petites ulcérations ; mais bien plus ordinairement alors il y avait élargissement des bronches et épaississement des tissus qui entrent dans leur composition. L'épaississement était surtout très marqué au sommet des poumons.

(1) *Archiv. génér. de méd.*, nº d'oct. 1841, p. 242, 246.

Là, les rameaux bronchiques avaient fréquemment une épaisseur triple et quadruple de celle qui leur est ordinaire, et l'on conçoit que ces diverses lésions devaient ajouter beaucoup à la gravité de l'affection principale.

A une exception près, relative à un sujet observé à l'hôpital de la Pitié depuis la publication de mes recherches, je n'ai pas trouvé de fausses membranes tuberculeuses sur la membrane muqueuse des bronches. Le sujet de l'exception dont il s'agit était un jeune homme de dix-huit ans, d'une taille moyenne, ayant des muscles bien développés, sur lequel je ne pus obtenir de renseignements bien précis, à raison des symptômes de méningite qui se déclarèrent le lendemain de son admission à l'hôpital. Ses poumons contenaient un assez grand nombre de tubercules sans excavations, et, du côté gauche, dans le lobe supérieur, une des bronches offrait à l'intérieur, peu après sa naissance, une fausse membrane tuberculeuse qui occupait tout le pourtour de la bronche, avait 25 millimètres d'étendue, cessait ensuite dans une longueur semblable, pour reparaître encore, toujours avec les mêmes caractères, et ne finir qu'à la périphérie des poumons. Cette fausse membrane avait moins d'un millimètre d'épaisseur, et se détachait, sans beaucoup de difficulté, de la membrane muqueuse qu'elle recouvrait, laquelle avait sa blancheur, son épaisseur et sa consistance normales.

Je n'ai observé la compression des bronches, par des tubercules développés à la racine des poumons, dans aucun cas, et ce fait ne paraît pas non plus s'être présenté à l'observation des contemporains, comme on le verra au sujet des glandes bronchiques. Cependant on conçoit ce fait sans peine, et il convient d'autant plus d'en noter la possibilité, que M. Reynaud, dans son mémoire sur la phthisie des singes, en a rapporté un remarquable exemple chez ces animaux, dans le sujet de sa huitième observation. Dans ce cas, une masse arrondie de ganglions

bronchiques, entièrement tuberculeuse, entourait la bronche gauche dans toute sa circonférence ; cette ceinture de ganglions tuberculeux avait aplati les bronches au point d'en effacer entièrement la cavité, de manière qu'on ne pouvait plus faire pénétrer, dans le point rétréci, que la lame d'un scalpel étroit, dans l'étendue de 12 millimètres, au-delà desquels la bronche avait son calibre normal. Le côté correspondant du thorax était notablement rétréci et le poumon gauche tout-à-fait revenu sur lui-même, entièrement vide d'air, tel enfin qu'on le rencontre dans les cas où un liquide épanché dans un des côtés de la poitrine l'a tenu long-temps refoulé contre la colonne vertébrale. Cependant il n'existait aucune trace de liquide, la plèvre était parfaitement saine, aucune adhérence ancienne ou récente n'avait lieu à sa surface.

Un cas de cette espèce, s'il venait à se présenter chez l'homme, serait presque inévitablement méconnu, à moins que le malade ne s'offrît à l'observation quand la compression de la bronche serait encore récente, et qu'il ne fût possible de suivre la dégradation progressive de la respiration et la diminution non moins graduelle des dimensions de la poitrine : car la diminution du volume du thorax suivant la même progression que la diminution de l'intensité du bruit respiratoire, on ne pourrait penser à une pleurésie, laquelle s'accompagnerait de symptômes dont la marche serait inverse, et il ne serait guère possible, alors, de soupçonner que la compression des bronches par une tumeur quelconque.

Depuis la première édition des mes recherches, l'anatomie pathologique des poumons affectés de tubercules a fait d'incontestables progrès, principalement en ce qui concerne leur système vasculaire. On savait bien, à la vérité, il y a quinze ans, que les rameaux de l'artère pulmonaire ne pénètrent ni dans les tubercules proprement dits, ni dans les

granulations grises demi-transparentes ; mais aujourd'hui, après les recherches de M. Schrœder van der Kolk et celles de M. Natalis Guillot surtout (1), on sait, en outre, que les branches de l'artère pulmonaire s'arrêtent à une certaine distance, 3, 4 ou 5 millimètres, des tubercules ou des granulations grises ; que plus ces nouvelles productions augmentent de volume, plus les divisions de l'artère s'éloignent de leur périmètre ; en sorte que quand les tubercules sont volumineux ou remplacés par des cavernes accidentelles, ils peuvent présenter, autour d'eux, une espèce de coque de 2 centimètres de diamètre, dans laquelle les branches de l'artère pulmonaire ne pénètrent pas. Les injections de M. N. Guillot ne me semblent pas permettre le doute à cet égard.

Les injections, les dissections et les études microscopiques du même auteur apprennent encore que, pendant un espace de temps toujours très court, l'espèce de coque dont il s'agit n'offre aucune trace de vaisseaux ; mais on ne tarde pas à y apercevoir quelques lignes rouges, effilées à leurs extrémités, dont les plus grosses peuvent avoir jusqu'à un millimètre de diamètre. Ces vaisseaux, entièrement isolés pendant un certain temps, sans circulation apparente par conséquent, communiquent bientôt avec les artères bronchiques ou avec celles qui se distribuent aux parois thoraciques ; dernière communication qui se fait par l'intermédiaire des fausses membranes, si fréquentes à la surface des plèvres, et au milieu desquelles se développent aussi des vaisseaux, d'abord isolés comme ceux de la coque qui environne les tubercules, puis abouchés avec les artères voisines et les vaisseaux de nouvelle formation.

Le siège de ces vaisseaux est d'abord, comme il a été dit, l'intervalle qui sépare les dernières productions de l'artère pulmonaire ; de la périphérie des tubercules ;

(1) *Expérience*, 1er vol., p. 555.

mais à mesure que ceux-ci se multiplient, s'accroissent et se ramollissent, le réseau augmente dans tous les points où il a paru, et bientôt tout un lobe des poumons, souvent même une partie plus grande de l'organe respiratoire, est occupé par cet appareil nouveau qui remplace l'artère pulmonaire, dont l'existence ne peut pas être constatée. Ainsi s'établit, suivant l'expression de M. Guillot, la grande transformation circulatoire, un des phénomènes les plus remarquables de la phthisie.

Du reste (c'est toujours M. Guillot qui parle) les vaisseaux, dont le nombre est incalculable à une certaine époque de l'affection, s'arrêtent autour des tubercules sans les pénétrer; mais ils se conduisent d'une manière un peu différente avec les cavernes. Ils se prolongent dans leurs éminences, remplissent, en les colorant, les colonnes si souvent étendues de l'une à l'autre de leurs parois; et si l'on place une portion de caverne sous l'eau, après en avoir détaché les mucosités et le pus dont sa surface est couverte, on voit, à cette surface, des houppes de vaisseaux de nouvelle formation, dont l'ensemble, examiné à la loupe, représente une espèce de velouté; en sorte qu'une caverne est remarquable, continue l'auteur, non seulement par le tissu très vasculaire dont elle est entourée, et dans lequel se fait une circulation toute nouvelle, mais encore par ces houppes terminales, qui mettent en contact avec l'atmosphère le sang artériel venant de la grande circulation.

Mais par quelle voie le sang aortique, ainsi répandu au milieu des poumons tuberculeux, revient-il au cœur? M. Guillot répond en faisant remarquer qu'on retrouve dans les veines pulmonaires, bronchiques et azygos, la matière de l'injection lancée dans l'aorte; il ajoute qu'il doit résulter de ce double courant un changement dans la nature du sang des phthisiques, et une influence toute particulière sur l'organisation; que plus la maladie tuberculeuse fait de progrès, plus les poumons, contrairement aux lois ordi-

naires, acquièrent de capacité pour le sang artériel, et moins ils en conservent pour le sang veineux.

Maintenant, parmi les systèmes d'organes qui composent les poumons, quel est celui dans lequel se développent les tubercules? Il résulte des recherches de M. N. Guillot, dont j'invoque encore l'autorité sur ce point, que les ramifications de l'artère pulmonaire, aussi loin qu'on puisse les suivre, sont lisses et dépourvues de tubercules; en sorte qu'il serait difficile de s'arrêter à l'opinion de ceux qui placent le siége primitif des tubercules dans les vaisseaux. D'un autre côté, suivant le même auteur, quand on incise les ramifications bronchiques d'un poumon tuberculeux aussi loin que possible, et que la liqueur de l'injection a pénétré tout le tapis que forment les artères bronchiques à leur surface, on y rencontre toujours des lésions. Au premier degré, c'est une petite tache blanchâtre due à une matière demi-transparente, arrondie ou allongée, représentant assez bien, par sa couleur et par sa consistance, le tubercule miliaire, très semblable à un petit morceau d'épiderme macéré dans l'eau, et la membrane muqueuse sous-jacente n'offre aucune ramification vasculaire. Au second degré, la matière blanchâtre et demi-transparente est plus épaisse et plus étendue, et la paroi correspondante de la bronche est détruite dans un espace variable; en sorte que la production des tubercules, qui n'a pas lieu au sein des vaisseaux pulmonaires, a évidemment lieu dans les bronches; opinion qui est aussi, comme on sait, celle du docteur Carswell. Il est vrai, ajoute M. N. Guillot, qu'à l'époque à laquelle on peut étudier cette production dans les bronches, il existe depuis long-temps des tubercules au milieu des parties de l'organe les moins accessibles à nos instruments; mais aussi ne peut-on pas présumer que les phénomènes dont je viens de parler ont pu se passer également bien dans les derniers culs-de-sac aérifères? Il importe d'ailleurs fort peu que le siége primitif d'un tubercule placé au centre des poumons,

se trouve à la surface interne des vésicules pulmonaires, ou dans l'épaisseur de la paroi qui les sépare d'une vésicule voisine : chacun sait l'extrême ténuité de ces parties, et vouloir limiter une lésion à son début, au milieu de tissus d'une si grande délicatesse, serait vraiment un travail sans résultat.

Je ferai remarquer aussi, à mon tour, que les tubercules ou les granulations grises demi-transparentes qui en sont l'origine, peuvent se développer et se développent, en effet, comme nous le verrons dans la suite, dans tous les organes; qu'ainsi un tissu particulier n'est pas nécessaire à leur premier développement ; qu'en admettant comme vraie la présence des granulations rudimentaires dans les dernières ramifications bronchiques ou dans les cellules aériennes, on ne pourrait pas en conclure le siége exclusif des tubercules dans ces parties.

Mais les granulations grises demi-transparentes sont-elles, comme je l'ai dit, le premier degré des tubercules? Quelques objections ont été élevées à cet égard par des médecins dont l'opinion est d'un grand poids ; il importe de les examiner (1).

M. Andral pense que le tubercule est formé par une gouttelette de pus, ou du moins par un liquide ayant l'apparence du pus; que cette gouttelette, d'abord sans consistance, acquiert ensuite une fermeté plus grande et finit par présenter l'aspect du tubercule. Mais c'est seulement dans les lobules affectés de pneumonie ou d'œdème qu'il a observé ce phénomène, et je l'ai recherché vainement après lui, dans ces derniers temps encore, chez des tuberculeux, quoique j'aie mis beaucoup de soin dans cette recherche. En vain on objecte à M. Andral que la granulation grise demi-transparente précède constamment le véritable tubercule; il

(1) Voyez l'important mémoire de M. Valleix inséré dans les *Arch. génér. de méd.*, 3e série, février et mars 1841, dont j'ai tiré ce qui est relatif au sujet actuel.

cite comme exemple du contraire certaines granulations décrites par Bayle, qui paraissent de nature cartilagineuse, ne sont jamais opaques et ne se fondent pas. Mais je rappellerai à mon tour au célèbre professeur que Laënnec a vu ces granulations transformées en tubercules jaunes et opaques ; que Bayle lui-même y a remarqué un point blanc opaque; que le temps nécessaire à la transformation de ces granulations en tubercules est très variable ; que je n'ai jamais vu les granulations grises un peu nombreuses, sans que quelques unes d'entre elles ne fussent tuberculeuses au centre, et que jamais alors je n'ai trouvé de gouttelettes de pus isolées. Quant à cet autre argument de M. Andral tiré de ce que la granulation grise n'est pas propre au tubercule, puisqu'on ne la retrouve pas dans bon nombre d'organes, cet argument a aujourd'hui perdu toute sa force, probablement pour M. Andral lui-même, puisqu'on a trouvé des granulations grises dans tous les organes et dans les os eux-mêmes (1).

Les expériences par lesquelles MM. Cruveilher et Lallemand ont cherché à établir que le tubercule n'est que du pus concret, ne me paraissent pas plus concluantes. Déjà les faits rappelés à l'occasion de l'opinion émise sur le même sujet par M. Andral, sont parfaitement applicables ici. En outre, les abcès produits par M. Cruveilher au moyen de l'introduction des globules mercuriels dans les poumons, ne ressemblent pas aux tubercules; et M. Lallemand, en malaxant dans l'eau de la matière tuberculeuse et en lui donnant par là l'aspect du pus, a seulement montré que des productions différentes pouvaient, par certains procédés, acquérir une certaine ressemblance. Ceux qui ont cru voir dans les abcès multiples des poumons la preuve que le tubercule est le produit de l'inflammation, ont oublié que jamais ces abcès ne se présentent sous la forme de granulations grises demi-transparentes, que si le pus y paraît concret, c'est qu'il est infiltré dans le parenchyme pulmo-

(1) M. Nélaton, *Thèse sur l'affection tuberculeuse des os*, Paris (1836) in-4.

naire. Enfin, le pus et la matière tuberculeuse, examinés au microscope, présentent, d'après les recherches du docteur Lebert, des caractères très différents.

D'autres médecins ont encore décrit une granulation très différente de la granulation grise demi-transparente et qui est, selon eux, le premier rudiment des tubercules. Ainsi, d'après MM. Rochoux (1), Desmaroux et Mériadec Laënnec, le tubercule miliaire décrit par Laënnec n'est que le second degré. Le premier est constitué par un petit corps du volume d'un grain de millet, rougeâtre, luisant, assez ferme, résistant, s'aplatissant sous l'ongle sans laisser couler de liquide, et uni au poumon par un grand nombre de filaments vasculaires. M. C. Baron (*Archives*, t. VI, 1839) a fait des observations analogues ; il a vu des points rouges, qui, au premier abord, paraissaient dus à une infiltration sanguine, être envahis ensuite par la granulation transparente, et il en a conclu que la matière tuberculeuse n'est que du sang sorti des petits vaisseaux, subissant plus tard diverses transformations.

Sans vouloir mettre en doute l'exactitude des faits recueillis par M. C. Baron, il est permis de croire cependant que l'infiltration sanguine observée par lui était accidentelle. Car, d'une part, je n'ai rien vu de semblable dans les poumons tuberculeux ou affectés de toute autre lésion, malgré le soin que j'ai mis à vérifier le fait indiqué par M. Baron; et, de l'autre, les recherches microscopiques de MM. Schroeder van der Kolk, Carswell et Guillot, ont mis hors de doute l'existence de la granulation grise demi-transparente dans les tubercules tout-à-fait rudimentaires.

Je ne crois pas nécessaire de m'arrêter à l'opinion de ceux qui n'ont vu dans les tubercules qu'une transformation d'hydatides, et je ferai, sur tout ce qui précède, une remarque générale, savoir : que la plupart des opinions qui viennent d'être exposées sur l'origine des tubercules ne l'auraient pas été par leurs auteurs, si, à l'occasion

(1) Voyez M. Valleix, loc. cit.

d'une lésion qui se développe dans tous les organes, on ne se fût pas borné presque toujours à l'étude des poumons, si l'on eût répété plus souvent les mêmes observations ; j'ajoute, car telle est ma conviction la plus profonde, si l'on eût eu recours à l'analyse numérique, qui, en forçant de compter les faits, de les examiner sous une multitude de rapports, n'eût pas permis tous ces dissentiments.

L'*inflammation du parenchyme pulmonaire* n'était pas rare. Je l'ai vue au second degré, dans une étendue très variable, chez dix-huit sujets, ou un peu moins de la sixième partie. Le tissu pulmonaire, dans les points correspondants, était rouge, privé d'air, dur, grenu, en un mot hépatisé, et presque toujours l'hépatisation avait lieu dans le lobe inférieur. Chez neuf malades elle occupait une grande étendue, la moitié, les trois quarts de l'un des poumons ; chez les autres elle était bornée à un espace bien moins considérable et se présentait sous forme de petites masses plus ou moins disséminées. Les excavations tuberculeuses étaient vastes sur quatre des premiers sujets ; chez les autres il n'y avait que des granulations demi-transparentes ou des tubercules incomplètement vidés.

Les caractères de la lésion indiquaient une maladie récente, et l'histoire des symptômes montrait, comme on le verra plus tard, que son début n'avait précédé la mort que de quelques jours.

J'ai rencontré l'engouement, ou le premier degré de la péripneumonie, sur vingt-trois sujets, et ordinairement dans une petite étendue. Dans quatre cas seulement la lésion occupait la plus grande partie de l'un ou même des deux poumons. Là où elle existait le parenchyme pulmonaire était encore un peu crépitant, laissait couler beaucoup de liquide rouge et spumeux par les incisions qui y étaient pratiquées ; sa consistance avait beaucoup diminué, on le déchirait sans effort.

Dans l'un des cas où l'engouement occupait un espace considérable, j'ai constaté, deux jours avant la mort, des douleurs, puis une crépitation plus ou moins fine du côté qui était affecté. Ces symptômes, en confirmant le caractère inflammatoire de la lésion, montraient qu'ici, comme dans les cas où il y avait hépatisation, la phlegmasie n'avait débuté que dans les derniers jours de la vie.

Le développement de la pneumonie, à une époque si voisine de la mort, n'est point particulier aux sujets atteints de phthisie : je l'ai encore observé à la suite des autres maladies chroniques et à peu près dans la même proportion. Sur cent douze sujets morts dans la dernière période de ces affections douze avaient une partie plus ou moins considérable de l'un, quelquefois de deux poumons, rouge, grenue, hépatisée. L'engouement s'est présenté dix fois sur d'autres sujets ; et ici, comme chez les phthisiques, l'histoire des symptômes montrait que l'inflammation n'avait précédé la mort que de quelques jours.

Il résulte de ce rapprochement que les tubercules et les excavations tuberculeuses sont à peu près sans influence sur le développement de la péripneumonie, dans la *dernière* période de la phthisie.

ART. II. — Des plèvres.

Rien n'était si commun que l'*adhérence* des poumons aux plèvres, au point que sur cent douze individus, je n'en ai trouvé qu'un seul dont les deux poumons fussent parfaitement libres dans toute leur étendue. Huit fois seulement j'ai vu le poumon droit tout-à-fait libre, sept fois celui du côté gauche, et alors il n'y avait pas d'excavations tuberculeuses dans le poumon libre, ou elles y étaient très petites.

Dans vingt-cinq autres cas les adhérences étaient celluleuses, faciles à rompre, bornées à une petite étendue, et existaient rarement des deux côtés à la fois. Sur sept de ces

vingt-cinq sujets il n'y avait pas d'excavation dans le poumon correspondant à l'adhérence; chez dix autres les excavations étaient petites. Elles avaient des dimensions moyennes ou très considérables dans les huit derniers cas.

Chez le reste des individus les adhérences étaient universelles ou seulement très étendues, avaient lieu au moyen d'un tissu cellulaire plus ou moins serré ou d'une fausse membrane, et presque constamment alors on trouvait de vastes excavations.

Ainsi, il y avait proportion entre les adhérences et le désordre intérieur. Point d'adhérences, point de grandes ni de moyennes excavations, le plus souvent même, absence de toute espèce d'excavation. Adhérences faibles et peu étendues, excavations ordinairement très petites, rarement d'une grande capacité; quelquefois absence d'excavation. Enfin, adhérences intimes plus ou moins étendues, assez souvent même universelles, excavations constantes, et, dans la très grande majorité des cas, de vaste ou de moyenne dimension.

Le rapport qui existait entre la grandeur des cavités tuberculeuses et les adhérences indiquait l'influence des premières sur les secondes. Les grandes excavations occupaient toujours le sommet des poumons, étaient très rapprochées de leur superficie, et là seulement se trouvaient ces fausses membranes si épaisses, si dures, dont j'ai déjà parlé, qui fortifiaient les parois de l'excavation, quelquefois même les formaient immédiatement dans une partie de leur étendue. L'influence dont il s'agit semblait encore démontrée par d'autres faits. Ainsi, sur deux sujets dont les poumons ne contenaient que deux masses de matière tuberculeuse immédiatement au-dessous de la plèvre, il n'y avait d'adhérences que dans les points correspondants, et ces adhérences avaient lieu au moyen de brides celluleuses de ½ centimètres de long, de la même largeur que la masse tuberculeuse.

Ces adhérences étaient la suite d'une inflammation chronique plus ou moins ancienne; et, comme on le verra dans la suite, l'histoire des malades pouvait indiquer, dans bien des cas, l'époque à laquelle on devait en faire remonter le début.

Des faits semblables se sont offerts à mon observation depuis la première édition de ces recherches. J'ai vu, en outre, depuis la même époque, des cas dans lesquels des tubercules ou des granulations grises demi-transparentes étaient développés à la face adhérente de la plèvre costale, avec ou sans formation de fausse membrane à sa surface libre; et, comme on le verra au sujet du péritoine, ces cas ne sont pas aussi rares qu'on serait tenté de le croire d'après le silence des auteurs et celui que j'avais gardé moi-même à cet égard, jusqu'ici. Deux fois j'ai trouvé, convertie en matière tuberculeuse, une fausse membrane d'une médiocre consistance, qui recouvrait les plèvres pulmonaire et costale. (Obs. 25.) Un troisième cas m'a fourni l'exemple de la même transformation, dans un point très limité d'une fausse membrane semi-cartilagineuse qui enveloppait le sommet de l'un des poumons.

Comme la péripneumonie, la *pleurésie* avait lieu chez un assez grand nombre de sujets dans les derniers jours de l'existence, quand la faiblesse et le marasme étaient à leur comble. Je l'ai observée dans la dixième partie des cas; le poumon ou la plèvre costale, ordinairement l'un et l'autre, étaient recouverts, dans une étendue plus ou moins considérable, par une fausse membrane jaunâtre, molle, plus ou moins épaisse, et il y avait épanchement d'une certaine quantité de sérosité roussâtre, trouble ou claire, ou même d'un véritable pus. Les caractères de la lésion indiquaient son peu d'ancienneté, et l'histoire des symptômes montrait que son début ne remontait qu'à dix-neuf, douze, huit et trois jours avant la mort.

J'ai encore observé, dans la cavité des plèvres, un *épanchement de sérosité claire*, de la valeur d'un litre et au-delà. Cet épanchement, qui existait dans la dixième partie des cas, survenait quelquefois très rapidement. J'en ai trouvé la preuve sur deux malades, dont la poitrine rendait un son fort clair dans toute sa hauteur, un jour et demi avant la mort, et chez lesquels il y avait deux litres de sérosité limpide dans un des côtés de la poitrine.

A deux exceptions près, fort remarquables sans doute, les diverses lésions qui viennent d'être passées en revue ont lieu, quoique dans des proportions différentes, chez les sujets qui sont emportés par des maladies chroniques autres que celle qui nous occupe. Ainsi, sur cent dix sujets chez lesquels je les ai recherchées, j'ai trouvé des adhérences dans trente-cinq cas, et, dans douze, elles étaient universelles, avaient lieu à droite et à gauche ou seulement de l'un des côtés. Quoique considérable, cette proportion est, comme on le voit, bien inférieure à celle que j'ai trouvée chez les phthisiques, et elle devient ainsi une preuve nouvelle de l'influence des tubercules sur la production des adhérences.

Comme chez les phthisiques, la pleurésie se développe souvent dans la dernière période des maladies chroniques non tuberculeuses; quelquefois à la suite de causes évidentes, comme l'application d'un léger froid à la surface du corps; le plus ordinairement sans cause appréciable. Elle suit alors une marche rapide et accélère la mort : nouvelle raison de redoubler de soins auprès des malades arrivés aux dernières périodes des affections de long cours, et de les soustraire à toutes les causes extérieures capables d'amener l'inflammation du poumon ou de la plèvre.

On trouve encore à la suite des maladies chroniques, autres que la phthisie, des épanchements de sérosité claire

dans la cavité des plèvres. A part les maladies du cœur, j'ai rencontré cet épanchement dans la quatrième partie des cas; proportion considérable, qui répond à celle qui a été signalée au sujet des adhérences des poumons aux plèvres chez les phthisiques et chez les malades qui succombent à d'autres affections organiques, et qui semble indiquer que l'hydrothorax qui nous occupe est indépendant de la nature de la maladie.

Les deux lésions qui paraissent propres aux phthisiques sont, d'une part, l'espèce de calotte cartilagineuse qui recouvre le sommet du poumon des sujets chez lesquels on trouve des excavations plus ou moins considérables; de l'autre, les fausses membranes développées sur la plèvre, quand elles sont semées d'un plus ou moins grand nombre de tubercules, et aussi les tubercules développés à la face adhérente de cette membrane: au moins n'ai-je rencontré ces lésions que chez les tuberculeux (1).

ART. III. — De l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère.

De ces trois organes, continus les uns aux autres, faisant partie du même appareil, ayant beaucoup d'analogie de structure et susceptibles des mêmes lésions, le larynx est le seul qui ait fixé, dans l'histoire de la phthisie, l'attention des observateurs. On a décrit les ulcérations dont il est le siége, mais on n'a point parlé de celles de l'épiglotte, et à peine a-t-on indiqué l'existence de celles de la trachée-artère. La raison de cet oubli tient sans doute à l'absence, bien souvent complète, des symptômes qui pourraient annoncer ces lésions et à l'habitude dans laquelle sont beau-

(1) On lit, à la page 212 du 1er vol. de la 4e édition de la *Clinique* de M. Andral, que dans presque tous les cas où il a rencontré des tubercules dans les plèvres, il en a aussi rencontré dans les poumons, ce qui semblerait indiquer que M. Andral a trouvé quelques exceptions à la loi que j'ai conclue des faits. Il est vrai que M. Andral n'ajoute rien à ce qui précède, pour expliquer la valeur du mot *presque*, et qu'on peut croire, dès lors, qu'il a écrit ici d'après de simples souvenirs.

coup de médecins de n'examiner, après la mort, que les organes dont les fonctions paraissaient plus ou moins profondément altérées pendant la vie. Quoi qu'il en soit, les ulcérations de l'épiglotte ne sont pas rares chez les phthisiques, elles y sont presques aussi fréquentes que celles du larynx, en sorte que sur cent deux sujets dont le conduit aérien a été examiné avec soin, elles étaient, avec ces dernières et celles de la trachée-artère, dans la proportion de 18. 22. 31.

§ I. Ulcérations de la trachée-artère.

Quand la membrane muqueuse de la trachée-artère était ulcérée, on la trouvait ordinairement d'un rouge vif. Quelquefois néanmoins, surtout quand il n'y avait qu'un petit nombre d'ulcérations, elle conservait la blancheur qui lui est naturelle. Ce cas s'est présenté sur six des trente et un sujets chez lesquels j'ai observé la lésion qui nous occupe, et parmi eux se trouvait un exemple d'ulcérations très étendues. (Obs. 24.) C'est dans la moitié inférieure de la trachée-artère, c'est-à-dire dans le point où se trouvaient les ulcérations les plus nombreuses et les plus larges, que la rougeur était le plus marquée. A cette rougeur se joignaient, chez la cinquième partie des sujets environ, un léger épaississement et une diminution peu considérable de la cohésion de la membrane muqueuse.

Quand elles étaient petites, les ulcérations se trouvaient ordinairement réparties d'une manière uniforme dans tout le pourtour de la trachée-artère, elles étaient arrondies ou ovalaires, de 2 millimètres, un peu plus ou un peu moins de diamètre; la membrane muqueuse était détruite à leur niveau, leur fond formé par le tissu cellulaire peu ou point épaissi, leurs bords plats, en sorte qu'elles semblaient faites comme par un emporte-pièce. On conçoit, d'ailleurs, que ces petites ulcérations échapperaient souvent aux recherches de l'observateur, à raison de l'aplatissement de leurs bords et quelquefois de leur couleur rose,

si la trachée-artère n'était pas examinée avec beaucoup de soin et préalablement lavée.

Plus considérables, les ulcérations étaient inégalement distribuées, et les plus larges correspondaient à la portion charnue de la trachée-artère. La membrane muqueuse conservait à leur pourtour, comme dans le cas où elles étaient petites, l'épaisseur, la consistance et la couleur qu'elle avait dans la plus grande partie de son étendue ; la tunique sous-muqueuse, durcie et épaissie, en formait le fond ; ou bien elle était détruite en totalité ou en partie et la membrane musculaire mise à nu dans le point correspondant. (Obs. 23, 25.) A son tour, cette membrane, ainsi découverte, était deux et trois fois plus épaisse que dans l'état naturel, et, dans un petit nombre de cas, on la trouvait plus ou moins profondément ulcérée. (Obs. 24.)

Chez quelques sujets on voyait un certain nombre de cerceaux cartilagineux entièrement dénudés, amincis, et en partie détruits (Obs. 23, 24) ; ou même ils offraient une solution de continuité dans leur longueur. Je n'ai rencontré ce dernier cas qu'une seule fois (Obs. 16), tandis que la destruction complète de la membrane muqueuse de la trachée artère, dans toute la hauteur de sa portion charnue ou à peu près, s'est présentée cinq fois à mon observation. (Obs. 23, 34.)

La préférence que les grandes ulcérations affectaient presque constamment pour la partie postérieure de la trachée artère, semble pouvoir s'expliquer par le passage habituel et le séjour plus ou moins prolongé des crachats sur cette partie. Car si des boissons trop excitantes causent l'inflammation, puis l'ulcération de la membrane muqueuse de l'estomac, il doit en être de même pour celle de la trachée artère, par suite de l'action d'un liquide excrémentitiel, sans doute très irritant. Ajoutons qu'il serait difficile d'expliquer d'une autre manière comment les ulcérations de l'épiglotte ont presque uniquement lieu, ainsi que je le dirai

dans un instant, à sa face inférieure, celle qui est touchée plus ou moins fréquemment par les crachats.

Toutefois, en admettant que la matière de l'expectoration ait une influence marquée sur la grandeur et le siége des ulcérations de la trachée-artère, on doit reconnaître que celles-ci ont encore une autre cause; car il s'en faut de beaucoup qu'elles soient toujours proportionnées à la mauvaise qualité des crachats, ou qu'elles existent toutes les fois que le désordre des poumons est considérable et les excavations tuberculeuses anciennes.

Dans la troisième partie des cas où la trachée-artère n'offrait point d'ulcération, sa membrane muqueuse avait une couleur rouge d'autant plus vive qu'on se rapprochait davantage de sa bifurcation. Cette rougeur était encore plus foncée au niveau de la portion charnue que partout ailleurs; en sorte qu'elle suivait, dans sa progression, la même marche que les ulcérations, et dépendait, sans doute en partie, comme elles, du passage et du séjour plus ou moins prolongé des crachats sur la trachée-artère.

§ 2. Ulcérations du larynx.

Les ulcérations du larynx étaient, comme je l'ai dit, un peu moins communes que les précédentes, se montraient bien rarement sans elles, existaient chez la quatrième partie des sujets. Deux fois seulement je les ai observées sans leurs analogues de la trachée-artère, dont elles différaient d'ailleurs bien sensiblement dans beaucoup de cas. Rarement superficielles et faites comme avec un emporte-pièce, elles avaient ordinairement une certaine profondeur, étaient plus ou moins irrégulières, avaient de 2 à 20 millimètres de surface environ: leurs bords, plus ou moins durs, étaient quelquefois comme lardacés; leur couleur, grisâtre ou blanchâtre. La membrane muqueuse était pâle et parfaitement saine dans le reste de son étendue.

Le siége le plus commun de ces ulcérations répondait à

la réunion des cordes vocales, où elles étaient quelquefois superficielles; venaient ensuite les cordes vocales elles-mêmes, surtout leur partie postérieure, la base des aryténoïdes, la partie supérieure du larynx et l'intérieur des ventricules, où je n'ai trouvé qu'une seule fois une petite ulcération superficielle.

Quelquefois une ou plusieurs des cordes vocales étaient entièrement détruites, et la base des cartilages aryténoïdes à découvert. Dans ce cas, ceux-ci étaient parfaitement sains.

§ 3. Ulcérations de l'épiglotte.

J'ai observé les ulcérations de l'épiglotte sur dix-huit sujets, à peu près dans la sixième partie des cas, et cinq fois sans complication avec celles du larynx et de la trachée-artère. Dans les autres cas, cette complication existait; de manière que tous les exemples d'ulcérations, énumérés dans ce paragraphe et les deux précédents, ont été recueillis sur quarante-quatre sujets, ou environ les quatre dixièmes de ceux dont j'analyse maintenant l'histoire.

Quelquefois superficielles, les ulcérations de l'épiglotte avaient ordinairement une certaine profondeur, sans néanmoins (à deux exceptions près) reposer sur le fibro-cartilage. Superficielles, la membrane muqueuse qui les environnait ne paraissait pas sensiblement épaissie; profondes, elle était un peu plus dure et plus épaisse que dans l'état naturel, soit à leur pourtour, soit dans leur intervalle. Quelquefois aussi elle avait une couleur rose, et, dans plusieurs cas, le tissu qui la sépare du fibro-cartilage était plus ou moins boursouflé.

Les ulcérations existaient, comme je l'ai déjà dit, presque uniquement à la face laryngée de l'épiglotte, et, le plus ordinairement, dans sa moitié inférieure. Une seule fois j'en ai rencontré quelques unes à sa face linguale. (Obs. 20.) Leur largeur était de 2 à 4 millimètres, souvent plus; dans

quelques cas même la membrane muqueuse de l'épiglotte manquait dans toute l'étendue de sa face laryngée; (Obs. 8, 22, 23.) dans d'autres on trouvait, avec les ulcérations, le fibro-cartilage détruit dans une partie de sa circonférence. et alors l'épiglotte semblait comme festonnée. J'ai observé cette disposition sur quatre sujets. Un cinquième m'a fourni l'exemple d'une destruction complète de l'épiglotte. (Obs. 21.)

Je n'ai rencontré, dans aucun cas, des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx ou de la trachée-artère; en sorte qu'il faut considérer l'inflammation comme la cause excitante la plus fréquente des ulcérations qu'on y observe.

Un autre fait qu'il importe de remarquer, c'est que ces ulcérations étaient beaucoup moins communes chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion d'un à deux. Ainsi, bien qu'en nombre égal, les femmes n'offraient que six exemples de cette lésion à l'épiglotte, sept au larynx et neuf à la trachée-artère, sur dix-huit, vingt-trois et trente et un cas de cette espèce: et comme la proportion est à peu près la même pour les trois ordres d'ulcérations, il est plus que probable qu'elle n'est pas l'effet du hasard.

Ces propositions sont confirmées par l'examen d'un assez grand nombre de nouveaux faits recueillis par moi, depuis la première édition de cet ouvrage.

Sur 190 sujets dont l'autopsie a été faite avec soin, 76, plus que le tiers, offraient des ulcérations le long de la *trachée-artère*; et sur ces 190 sujets, 80 femmes comptaient 21 cas d'ulcération, un quart environ, et 110 hommes, 55, ou moitié.

Sur 193 cas dans lesquels le *larynx* a été examiné mi-

antérieurement, on comptait 63 exemples d'ulcérations de cet organe, ou moins du tiers. Sur ces 193 cas il y avait 80 femmes, 113 hommes, et, parmi les premières, 19 cas seulement d'ulcération, ou un peu moins du quart, et parmi les hommes, 44, ou un peu moins du tiers.

Sur 135 sujets dont l'*épiglotte* a été décrite, 35 seulement, ou le quart, offraient des ulcérations de cet organe; et, de ces 135 sujets, 47 femmes comptaient 8 cas d'ulcération, ou un sixième, et 87 hommes, 27, ou près du tiers.

Il résulte de ces nouveaux faits, comme des premiers, que les ulcérations du conduit aérien vont en se multipliant de l'épiglotte aux poumons, qu'elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme; que et l'existence de cette loi, dont le chiffre peut encore varier assurément, doit être considérée aujourd'hui comme parfaitement démontrée.

L'influence du sexe sur le développement des ulcérations du tube aérien se révèle encore par d'autres faits: ainsi, pour ne parler que des plus récemment observés, sur 9 cas d'ulcérations avec destruction plus ou moins considérable de l'épiglotte, on en comptait 8 chez les hommes; sur 13 cas d'ulcérations profondes du larynx, deux seulement ont été fournis par les femmes; sur 9 cas de semblables ulcérations de la trachée-artère, 3 appartenaient aux femmes; et chez aucune d'entre elles on n'observait la destruction partielle des cerceaux de la trachée-artère.

Enfin, sur 49 phthisiques dont les *bronches* ont été examinées avec le plus grand soin, 22 étaient autant d'exemples plus ou moins remarquables d'ulcérations de cette partie du conduit aérien: proportion plus considérable encore que celle que j'ai trouvée pour la trachée-artère: et sur ces 49 cas il y avait 19 femmes, dont 5 offraient des ulcérations bronchiques; tandis que sur 30 hommes, 17 étaient dans ce cas: différence énorme, et qui est

une nouvelle preuve de celle qui existe entre les deux sexes, relativement à la fréquence des ulcérations du conduit aérien.

Ces derniers faits sont aussi une preuve nouvelle et décisive de l'influence exercée par la matière de l'expectoration sur le développement des ulcérations qui nous occupent; car leur siége ayant été noté avec précision dans 90 des 92 cas dont il s'agit, il s'est trouvé que dans tous, sans exception, les ulcérations avaient lieu dans les seules bronches qui communiquaient avec les excavations, et avec les plus considérables d'entre elles, quand il en existait plusieurs: c'est-à-dire qu'il n'y eut d'ulcérations que dans les bronches qui avaient dû être et avaient nécessairement été en contact, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, avec la matière contenue dans les cavernes. On doit d'autant moins hésiter à admettre la proposition dont il s'agit, qu'en l'admettant, on explique sans peine comment les ulcérations du tube aérien diminuent de fréquence à mesure qu'on s'éloigne des bronches ou des cavernes; puisque la matière de l'expectoration, fournie par celle-ci, séjourne d'autant plus sur la muqueuse aérienne qu'on s'éloigne moins de sa source. C'est d'ailleurs un fait bien établi et sur lequel je reviendrai plus tard, qu'il n'y a de violemment enflammées, chez les phthisiques, que les bronches qui communiquent avec des excavations et dans leur voisinage, et ce fait vient encore à l'opinion de la proposition qui nous occupe.

Cependant, comme je l'ai déjà dit plus haut, l'irritation ou l'inflammation due au passage continuel de la matière des excavations sur la membrane muqueuse des voies aériennes, n'est pas la seule cause de leurs ulcérations, puisque celles-ci, bien que rarement, peuvent exister dans des cas où il n'y a pas de cavernes, et que, d'ailleurs, on n'observe pas ces ulcérations dans des cas où la membrane muqueuse des bronches et des autres parties du tube aérien est

en contact avec une matière beaucoup plus propre, en apparence, que toute autre, à exciter une violente inflammation : je veux parler des cas de gangrène du poumon dans lesquels je n'ai jamais rencontré d'ulcérations dans les voies aériennes, quand il n'y avait pas, en même temps, de tubercules dans les poumons.

Enfin, les faits nouveaux, dont je viens d'exposer l'analyse sous le point de vue qui nous occupe, ne m'ont pas plus que les anciens fourni d'exemples de tubercules ou de granulations grises demi-transparentes développés sous ou dans l'épaisseur de la membrane muqueuse qui tapisse l'épiglotte, le larynx ou la trachée-artère ; et, tout extraordinaire que doive paraître ce fait, on ne saurait, vu le grand nombre de cas dans lesquels il a été recherché, le considérer comme une exception. Il faut reconnaître, au contraire, que c'est une loi de notre économie, que, passé quinze ans du moins, les tubercules, qui se développent si fréquemment et en si grand nombre dans les poumons, ne se montrent pas dans les voies aériennes supérieures ; que si cela a lieu dans quelques cas, ce ne peut être que par une très rare exception.

Cette proposition n'est pas en harmonie avec ce que dit M. Andral (1), qui assure qu'assez souvent, chez les phthisiques, on trouve la membrane muqueuse du larynx soulevée, en divers points de son étendue, par des tubercules. Sans nier, à beaucoup près, la réalité de ce fait, attesté par un homme aussi distingué et aussi digne de foi, je me demande néanmoins, s'il n'y aurait pas eu ici quelque illusion, si les faits dont parle M. Andral auraient toujours été constatés avec une attention suffisante et par lui ; car les illusions sont possibles, et, tout dernièrement encore, j'étais appelé pour voir des tubercules laryngés qui n'existaient pas. Je regrette d'ailleurs que M. Andral n'ait

(1) *Clinique médicale*, Paris, 1840, t. 4, p. 188.

pas indiqué la proportion des cas dans lesquels il a observé les tubercules laryngés, dont je ne me rappelle pas avoir lu d'observation particulière dans sa Clinique.

Les tubercules sous-muqueux des voies aériennes seraient-ils plus fréquents avant qu'après quinze ans? Cela est plus que douteux, vu la rareté des ulcérations des voies aériennes dans le jeune âge; et cependant M. Tonnelé, tout en assurant n'avoir jamais observé de phthisie laryngée chez les enfants, dit avoir trouvé, chez un garçon de quatorze ans, des productions tuberculeuses dans la cavité du larynx, c'est-à-dire deux ou trois tubercules jaunâtres et légèrement ramollis, qui avaient déterminé l'ulcération de la muqueuse.

En faisant un relevé exact de l'état de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère, chez des sujets qui avaient succombé à des affections différentes de la phthisie, et principalement à des maladies chroniques, j'ai trouvé, sur cent quatre-vingts individus, un exemple d'ulcération au larynx, et deux autres de la même lésion existant à la fois au larynx et à la trachée-artère. Dans le premier cas, le sujet avait succombé à une péripneumonie, et les poumons n'offraient aucune trace de lésion organique. Dans les deux derniers, les malades étaient morts de cancer ou de ramollissement du cerveau et avaient des excavations tuberculeuses dans les poumons : d'où il suit qu'il faut considérer les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée-artère et de l'épiglotte, comme des lésions propres à la phthisie.

Les faits recueillis par moi depuis quinze ans sont la confirmation la plus complète de la vérité de la loi dont il s'agit. Depuis lors, en effet, sur plus de 500 sujets non tuberculeux, emportés par des maladies chroniques, je n'ai rencontré aucun cas d'ulcération quelconque du larynx ou de la trachée-artère. Cependant on trouve parmi les observations

citées par MM. Trousseau et Belloc (1), cinq cas dans lesquels les malades auraient succombé à une affection du larynx, accompagnée d'ulcérations de la membrane muqueuse qui la tapisse, sans que les poumons fussent tuberculeux. Mais, comme l'a déjà remarqué M. Valleix (2), la cinquième de ces observations (la neuvième du Mémoire dont il s'agit), extraite de la thèse de M. Sauvée, est relative à un homme sujet au rhume, ayant eu au moins une *hémoptysie considérable*, ayant maigri et éprouvé, dans les derniers jours, un dévoiement opiniâtre; chez lequel, est-il dit, l'examen de la poitrine ne présenta rien de particulier lors de l'autopsie qui en fut faite. Dans la deuxième observation, due à M. Fournet (la dixième du Mémoire), il est seulement dit que les poumons offraient un emphysème général, sans indiquer les précautions prises pour s'assurer qu'il n'y avait ni tubercules, ni granulations grises demi-transparentes dans les poumons. Les autres observations sont encore inférieures à celles-ci pour le manque de détails, en sorte qu'il serait parfaitement inutile de les rappeler. « Et si l'on s'étonnait, dit M. Valleix, de me voir révoquer en doute l'état sain des poumons, attesté par des médecins honorables, je dirais qu'il est temps que les affirmations soient réduites à leur juste valeur, en matière d'observation; que j'ai été témoin de trop d'erreurs occasionnées par un examen superficiel, pour croire que rien puisse remplacer une description exacte et détaillée; que cette description est surtout nécessaire pour le cas dont il s'agit: car l'expérience a prouvé qu'il faut quelquefois une attention assez grande pour découvrir des granulations tuberculeuses dans un poumon qui, au premier abord, paraît parfaitement sain. » J'ajoute qu'il n'est pas fait mention, dans les observations citées par MM. Trousseau et Belloc, des

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix*, Paris, 1837, p.

(2) *Archives de médecine*, t. 18, p. 304.

maladies syphilitiques que les individus qui en sont l'objet auraient pu avoir, avant les accidents développés du côté du larynx, bien que ces maladies, indépendamment de la présence des tubercules dans les poumons, puissent, tout le monde en convient, amener des ulcérations de la membrane muqueuse du larynx, soit primitivement, soit consécutivement à l'affection de ses cartilages. Il est encore digne de remarque que MM. Trousseau et Belloc, qui ont dû faire beaucoup de recherches cadavériques, ne paraissent pas avoir observé eux-mêmes un seul cas d'ulcération laryngée sans tubercules pulmonaires, car ils n'en citent pas; en sorte que tout concourt à démontrer la réalité de la loi dont il s'agit.

Ces réflexions s'appliquent comme d'elles-mêmes aux ulcérations de la trachée-artère qui ont été décrites sous le nom de phthisie trachéale, quand on les croyait primitives ou développées chez des individus dont les poumons étaient exempts de tubercules. Le travail le plus remarquable que je connaisse à ce sujet est assurément la thèse de M. Cayol. Mais les observations recueillies par ce médecin ne disent pas tout ce qu'on leur fait dire. On trouve, en effet, dans la dissertation de M. Cayol (1), six cas d'ulcérations ou de perforation de la trachée-artère, sans tubercules dans les poumons : mais trois de ces cas sont relatifs à des individus chez lesquels la perforation eut lieu de dehors en dedans, par l'effet d'une tumeur; ce n'est pas le fait dont il s'agit, et ces cas doivent être écartés de la discussion. Chez les trois autres individus l'ulcération marcha de dedans en dehors; mais, pour l'un d'eux seulement, il a été dit qu'aucune maladie vénérienne n'avait existé antérieurement, de manière que ce sujet est réellement le seul qui puisse être considéré comme une exception à la loi que j'ai établie. Quant aux deux autres, comme leurs ulcérations

(1) *Examen de l'Examen de M. Broussais*. Paris, 1821, p. 11.

pourraient être la suite de l'infection vénérienne, cause spéciale d'ulcération, on ne saurait les admettre comme éléments de la discussion qui nous occupe.

On se demande, après cela, comment l'illustre Laënnec a pu écrire que si les ulcérations de la trachée-artère se rencontrent quelquefois chez les phthisiques, il est plus commun de les voir se développer chez des sujets tout-à-fait sains (1). « Car cette erreur s'explique à peine en supposant que ce grand médecin aura écrit d'après de simples souvenirs ; et son exemple est une preuve bien nette de la nécessité de ne jamais énoncer une proposition générale que d'après des faits exacts, consignés dans des notes et analysés avec soin.

A part trois cas d'un léger œdème de la glotte (Obs. 45), les lésions qui viennent d'être décrites sont les seules que j'aie observées chez les phthisiques, dans les organes dont il vient d'être question.

CHAPITRE II.

APPAREIL DE LA CIRCULATION.

ART. I. — *Du cœur et du péricarde.*

On a mis la phthisie au nombre des causes de l'anévrysme du cœur ; mais cette opinion ne me semble pas avoir le témoignage des faits en sa faveur. Sur cent douze sujets morts phthisiques, je n'ai trouvé que trois exemples d'une augmentation manifeste du volume du cœur. Cette augmentation avait lieu aux dépens du ventricule gauche, pouvait être évaluée au tiers ou au quart du volume de l'organe, et les malades qui en étaient l'objet n'avaient point éprouvé les symptômes de l'anévrysme. Dans un bien plus grand

(1) *De l'auscultation médiate*, 2e édition, t. I, p. 202.

nombre de cas, le cœur était au-dessous de ses dimensions ordinaires, avait à peine la moitié ou les deux tiers du volume qui lui appartient.

Ce dernier fait se conçoit sans peine par suite de l'émaciation générale et de la diminution de la masse des liquides; mais il n'en serait pas ainsi de la dilatation des cavités du cœur: car les obstacles à la circulation pulmonaire, auxquels on pourrait l'attribuer, se forment généralement avec lenteur, la capacité des poumons reste, par cela même, proportionnée à la masse des liquides: si les obstacles dont il s'agit devaient amener l'augmentation du volume du cœur, ce serait seulement du côté droit, ce qui n'a pas été observé.

La diminution du volume du cœur existait, dans la très grande majorité des cas, chez des sujets dont la maladie avait marché avec lenteur et chez quelques uns de ceux qui en avaient été assez rapidement les victimes, dans l'espace de cinq mois, par exemple.

Le cœur avait généralement une fermeté convenable. Toutefois, je l'ai trouvé plus ou moins flasque et mou dans la cinquième partie des cas environ, et cette diminution de consistance n'était en rapport ni avec la durée de la maladie ni avec l'âge des individus. D'autres fois il avait plus de fermeté que dans l'état ordinaire, ce qui avait principalement lieu lors de l'épaississement des parois de l'une ou de l'autre de ses cavités.

Cet épaississement existait à un degré remarquable sur sept sujets: six fois pour le ventricule gauche et une fois seulement pour le ventricule droit: proportion inverse de celle qui devrait exister, si la cause de ce phénomène était un obstacle à la circulation pulmonaire. Dans ces différents cas, la cavité du cœur était rétrécie et son volume n'avait pas changé d'une manière sensible; ou bien ce volume était moindre que dans l'état naturel, et alors on devait admettre qu'il y avait retour des parties sur elles-mêmes et non hyper-

trophie. C'était le même phénomène qu'on observe si fréquemment pour les intestins, quand ils sont resserrés.

L'amincissement des ventricules était plus rare. Je ne l'ai observé que deux fois à droite et quatre fois à gauche; de manière que, sous quelque rapport que nous envisagions les cavités du cœur, nous voyons celles du côté droit conserver la disposition qui leur est naturelle bien plus souvent que celles du côté gauche, et que tout ce qu'il est possible de conclure de l'influence de la phthisie sur l'organe central de la circulation, c'est qu'elle détermine l'amoindrissement de son volume comme de celui des autres organes.

M. le docteur Bizot, dans ses belles et profondes recherches sur le cœur et le système artériel (1), a confirmé ce que j'ai dit de la diminution du volume du cœur chez les phthisiques; il a aussi montré que les parois des ventricules sont moins épaisses chez ces derniers que chez ceux qui succombent à d'autres affections, surtout celles du ventricule gauche, en sorte, ajoute-t-il, que la diminution du cœur, chez les phthisiques, porte non seulement sur l'organe en masse, non seulement sur la capacité des ventricules, mais encore sur l'épaisseur de leurs parois.

Dans aucun cas je n'ai trouvé de tubercules dans les parois de l'une ou de l'autre des cavités du cœur; ce qui indique, au moins, que cette lésion doit s'y rencontrer rarement.

Toutefois, on en trouve un exemple bien remarquable, et je m'empresse de le mettre sous les yeux des lecteurs, dans les Archives de médecine du mois de janvier 1833. Il s'agit d'un homme âgé de soixante et un ans, observé par le docteur Towsend, qui mourut à l'hôpital, après y avoir fait un séjour de cinq semaines, à la suite d'une maladie qui avait duré une année, et dans laquelle les symptômes de

(1) *Mémoires de la société médicale d'observation*, 1er vol. p. 290.

suffocation et l'absence de sonorité de la poitrine avaient été les plus remarquables. Le moyen qui réussit le mieux à soulager le malade fut la saignée. A l'autopsie on trouva les veines pulmonaires comprimées, à leur passage dans l'oreillette gauche, par une tumeur tuberculeuse développée dans l'épaisseur des parois de cet organe, et la compression était si grande qu'on ne faisait passer qu'avec beaucoup de peine un stylet de la veine dans l'oreillette. Les poumons, qui étaient extrêmement lourds, offraient une fluctuation manifeste, et, en les incisant, il en sortit un jet de sang, comme si l'on eût fait une incision à un sac anévrysmal; de manière qu'il s'écoula ainsi au moins trois livres et demie de ce liquide. Les veines pulmonaires d'où le sang sortait, offraient une capacité au moins quadruple de celle qui leur est naturelle, et la dilatation avait lieu depuis les plus petites ramifications jusqu'aux plus grosses branches; de manière que les gros troncs formaient, en dehors de l'oreillette, deux larges poches. Le poumon droit offrait la même altération, à un degré un peu moins prononcé, et il y avait quelques tubercules miliaires dans les poumons.

Voici une cause bien remarquable, on en conviendra, de mort prématurée chez les phthisiques, qui en offrent de si nombreuses, comme nous verrons à mesure que nous avancerons dans l'étude de l'affection qui nous occupe.

Une dernière lésion a été signalée par M. Bizot, dans le beau travail que j'ai déjà cité; je veux parler de l'état gras du cœur, qu'il a observé dans quatre cas de phthisie, et seulement chez des femmes (1). Dans ces quatre cas, la paroi antérieure du ventricule droit offrait une transformation graisseuse de sa moitié inférieure, et l'on voyait, dans le point le plus voisin des colonnes charnues, de très petites fibres pâles, entourées de graisse, paraissant prendre directement naissance du tissu adipeux, et se continuant sans interruption avec les fibres musculaires des colonnes

(1) Ouvr. cit. p. 340.

charnues. Le cœur était entouré d'une masse considérable de graisse, quoiqu'il n'en existât plus sous la peau. Tous ces sujets avaient le foie gras.

J'ai rencontré deux fois *l'adhérence du péricarde au cœur*. Dans un troisième cas ils étaient tapissés, l'un et l'autre, par une fausse membrane de 2 millimètres d'épaisseur, d'une consistance médiocre, au milieu de laquelle se trouvait une petite quantité de sérosité claire. Le sujet qui m'a offert cet exemple de péricardite eut beaucoup de palpitations, et son pouls fut d'une irrégularité extrême pendant les vingt-trois jours que je l'observai.

Chez un individu dont j'ai donné l'histoire dans mon mémoire sur la péricardite, des granulations grises demi-transparentes existaient sous la membrane séreuse du péricarde et avaient probablement été la cause excitante de la péricardite, de cette affection, que j'ai toujours vu guérir, à l'état de simplicité, mais qui doit souvent causer la mort, on le conçoit sans peine, quand elle est due à des granulations grises demi-transparentes, chez des sujets dont les tubercules pulmonaires sont d'ailleurs peu nombreux.

Chez la dixième partie des individus, il y avait dans le péricarde un épanchement de sérosité de 150 à 300 grammes.

A la suite des autres maladies chroniques, l'état du cœur était à peu près le même que chez les phthisiques. Sur quatre-vingts cas de cette espèce, je l'ai trouvé plus volumineux que dans l'état naturel chez cinq sujets. Neuf fois il était flasque et mou, huit fois le ventricule gauche était hypertrophié, sept fois je l'ai trouvé aminci; tandis que l'hypertrophie et l'amincissement du ventricule droit n'existaient que dans un seul cas. Enfin, le volume du cœur était bien moindre que dans l'état naturel chez trente sujets, un peu plus du tiers des individus; c'est-à-dire, proportion

gardée, plus fréquemment que dans la phthisie. Cette différence tenait aux affections cancéreuses et en particulier à celles de l'estomac et de l'utérus, dans lesquelles la diminution du volume du cœur était à la fois plus fréquente et plus marquée qu'à la suite d'aucune autre maladie.

M. Bizot a encore observé la transformation graisseuse du cœur chez des individus non tuberculeux, toujours chez des femmes : mais ici, à l'inverse de ce qui avait lieu chez les phthisiques, les parois du cœur n'offraient que quelques points graisseux, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, placés entre les fibres des colonnes charnues, et en contact immédiat avec la membrane interne des ventricules, à travers laquelle on les apercevait très distinctement. Cette substance jaune, exposée à la chaleur sur du papier joseph, le graissait manifestement (1).

Ce fait est extrêmement remarquable, en ce qu'il semble indiquer, chez les phthisiques et chez les femmes phthisiques en particulier, une tendance aux transformations graisseuses, qui n'existe pas, à beaucoup près, au même degré, dans le cours des autres maladies ; et son importance sera mieux sentie quand nous serons arrivés à l'étude du foie.

Je n'ai d'ailleurs observé aucun cas de tubercules ou de granulations grises demi-transparentes dans les parois du cœur ou sous la membrane séreuse du péricarde, sans qu'il y eût un certain nombre de tubercules dans les poumons, c'est-à-dire sans que les sujets ne fussent phthisiques.

ART. II. — De l'aorte.

L'aorte était parfaitement saine dans la majorité des cas, et d'un rouge plus ou moins vif, dans une portion ou dans la totalité de son étendue, chez la quatrième partie des sujets. Cette rougeur pénétrait plus ou moins profondément

(1) Loc. cit. p. 222.

dans l'épaisseur de la tunique moyenne, s'étendait à toute la circonférence de l'artère, qu'elle contînt peu ou point de sang; de manière qu'on ne pouvait pas toujours la considérer comme l'effet de l'imbibition. Quelquefois elle se continuait au loin dans les gros troncs qui naissent de l'aorte, et en particulier dans les carotides. Un seul cas excepté, elle n'existait que chez des individus âgés de vingt à trente-deux ans. (Obs. 1, 30, 54, etc.)

Les altérations organiques de l'aorte, les plaques jaunes et mollasses ou blanches et cartilagineuses, les ulcérations qui en sont la suite dans beaucoup de cas, enfin les plaques osseuses, étaient un peu moins fréquentes que la rougeur, existaient dans la sixième partie des cas seulement, sur des individus de trente-cinq à soixante-quinze ans, simples ou compliquées. En général, ces altérations étaient plus avancées dans leur développement et on en rencontrait plus souvent près de la bifurcation de l'aorte que dans le reste de son étendue.

A raison de la diminution de la masse des liquides chez les phthisiques, il est naturel de penser que les artères et en particulier l'aorte doivent avoir un volume moins considérable chez eux que chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës. Cette différence existe effectivement, mais moins considérable peut-être qu'on ne l'aurait d'abord présumé. Ainsi, sur douze sujets de vingt à trente ans, morts d'affection typhoïde, l'aorte avait, terme moyen, au niveau du bord libre des valvules sygmoïdes, trois centimètres au-dessous de la naissance de la sous-clavière gauche, trois centimètres au-dessus du tronc cœliaque et de sa division en iliaques, 60, 43, 38, 28 millimètres; tandis que sur un pareil nombre de phthisiques du même âge, elle avait, mesurée aux mêmes points, 57, 40 1/2, 34 3/4, 26 millimètres; différence peu considérable, comme on voit, mais réelle cependant, et proportionnée, dans toute l'étendue de l'artère, à son calibre; de manière qu'au niveau de sa plus pe-

tite dimension, la différence était moindre que partout ailleurs, précisément de 2 millimètres (1).

J'ai fait cette comparaison sur des sujets du même âge, parce que les dimensions de l'aorte varient beaucoup aux différentes époques de l'existence. C'est ainsi que de quarante à cinquante ans, elle a de 68 à 70 millimètres de large au bord libre des valvules sygmoïdes, chez les individus qui meurent de maladies aiguës; 64 millimètres chez les phthisiques, 60 seulement chez des sujets du même âge morts de cancers; et ces différences existent dans toute la longueur de l'artère, proportionnément à son calibre. La dernière mérite surtout d'être remarquée, en ce qu'elle s'accorde parfaitement avec ce qui a été dit plus haut de la petitesse du cœur à la suite des affections cancéreuses.

Les lésions de l'aorte qui viennent d'être exposées, existaient aussi à la suite des autres maladies chroniques, mais dans une proportion différente : la rougeur avait lieu dans la huitième partie des cas, et les lésions organiques chez la moitié des individus. Cette différence pourrait faire croire à une dépendance quelconque entre les divers états de l'aorte et la nature de l'affection à laquelle les malades avaient succombé; mais tout s'explique par la considération de l'âge. Et en effet, qu'on observât la rougeur de l'aorte à la suite de la phthisie ou de quelque autre affection chronique, c'était toujours chez des individus de vingt à trente-cinq ans, et la plupart des phthisiques meurent dans la jeunesse; tandis que c'est ordinairement à un âge plus avancé qu'on succombe aux autres maladies chroniques.

(1) L'inégalité de largeur de l'aorte dans l'espace compris entre la sous-clavière gauche et le tronc cœliaque, montre que cette artère n'est pas composée d'une suite de cylindres; qu'elle est véritablement conique. Je me suis assuré qu'il en était encore de même pour l'artère fémorale, la carotide primitive et d'autres vaisseaux d'un moindre volume.

La fréquence des lésions organiques de l'aorte, comparée à l'extrême rareté de celles du cœur (1), confirme ce que j'ai dit précédemment, savoir : que cette espèce d'altération n'est pas toujours en rapport avec l'activité des fonctions, puisque l'aorte n'en remplit pour ainsi dire que de mécaniques.

Dans les cas où la membrane interne de l'aorte était rouge, on ne la trouvait point épaissie ; quelquefois seulement, dans les points où la rougeur était très foncée, je l'ai vue moins consistante et plus facile à séparer de la tunique moyenne que dans l'état naturel. Celle-ci, lors même qu'elle était colorée, n'offrait aucune altération de consistance ou d'épaisseur ; et comme la rougeur (ordinairement la seule lésion de la membrane interne, dans le cas dont il s'agit) ne suffit pas pour caractériser l'inflammation, il faut, avant de prononcer sur la cause de la lésion qui nous occupe, attendre de nouveaux faits. A la vérité, Bertin (2) rapporte une observation dans laquelle il a trouvé la membrane interne de l'aorte d'un rouge vif et couverte d'une exsudation couenneuse membraniforme, c'est-à-dire manifestement enflammée. Mais l'auteur s'est borné à décrire cette rougeur ; il n'a parlé ni de la consistance, ni de l'épaisseur des tuniques de l'artère : en sorte que son observation, d'ailleurs si intéressante, ne peut servir à déterminer, d'une manière générale, quand la rougeur dont il s'agit devra être considérée comme inflammatoire, et que sur ce point comme sur tant d'autres nous avons besoin de nouveaux faits.

Les faits nouveaux dont la connaissance me semblait si nécessaire, lors de la première édition de cet ouvrage, ont été recueillis, il y a déjà quelques années, par M. le docteur Bizot, qui a montré que l'aortite, quand elle est générale,

(1) Sur trois cent cinquante sujets morts des maladies les plus variées, je n'ai vu que deux cas de lésions organiques du cœur, et chaque fois c'était une transformation partielle de son tissu en matière cancéreuse.

(2) *Traité des mal. du cœur*, Paris, 1824.

donne lieu à des symptômes ignorés jusqu'ici, dont il a fixé la valeur et qui n'ont pas existé dans les cas dont il s'agit, pas plus que dans une multitude d'autres, cités par les auteurs comme autant de faits d'aortite; de manière qu'il n'est pas possible aujourd'hui d'admettre l'existence d'une aortite sans la formation d'une fausse membrane, ordinairement très molle; ce qui n'a pas eu lieu dans les faits qui nous occupent.

Quant aux plaques blanches ou jaunes de l'aorte, les travaux de M. Bizot, qui ont jeté tant de lumière sur le cœur et les gros vaisseaux, ne permettent plus de croire qu'une seule et même cause préside à leur développement. Les plaques jaunes qui ont commencé par un point de même couleur, presque imperceptible, reconnaissent une cause étrangère à l'inflammation; tandis que les plaques blanches qui tirent leur origine d'une fausse membrane molle, albumineuse, pareille à celle qu'on observe dans l'aortite générale, sont évidemment inflammatoires.

CHAPITRE III.

DE L'APPAREIL DIGESTIF.

ART. I. — Du pharynx et de l'œsophage.

Le pharynx et l'œsophage étaient presque toujours dans l'état naturel.

Sur cent vingt sujets, je n'ai observé de lésion au *pharynx* que dans quatre cas, savoir, des ulcérations. Elles étaient petites, nombreuses, et presque uniformément distribuées dans toute l'étendue de la membrane muqueuse, qui avait, dans leur intervalle, un peu plus d'épaisseur que dans l'état sain. (Obs. 21, 52.)

Sur le même nombre d'individus, j'ai trouvé six fois

des ulcérations dans l'*œsophage*. Dans l'un de ces cas il n'y en avait qu'une seule, de 10 millimètres de diamètre, placée à la partie moyenne de l'organe : une lame extrêmement mince de tissu cellulaire en faisait le fond, tandis qu'à son pourtour la membrane muqueuse était épaissie et doublée par un feuillet de tissu cellulaire, qui était décollé dans la largeur de 4 millimètres. Dans les autres il y avait beaucoup d'ulcérations et elles étaient, pour la plupart, fort petites, superficielles, faites comme par un emporte-pièce. (Obs. 38.)

J'ai vu assez fréquemment la face interne de l'œsophage tapissée par une sorte de détritus, espèce de fausse membrane semblable aux plaques pultacées qui se développent si souvent à l'intérieur de la bouche, et dont je parlerai plus tard. Dans ces cas l'épiderme de l'œsophage avait disparu et sa membrane muqueuse ne présentait aucune altération de couleur, de consistance ou d'épaisseur. (Obs. 53.)

La partie inférieure de l'œsophage était ramollie et amincie sur trois sujets, et cette lésion, qui portait sur tous les tissus, existait aussi dans l'estomac.

Je n'ai observé aucun symptôme qui pût être rapporté aux ulcérations du pharynx, à celles de l'œsophage et à l'amincissement de la partie inférieure de ce dernier. Il en a été de même des cas où l'espèce de fausse membrane pultacée dont il a été question, existait ; à moins qu'on ne veuille lui attribuer la gêne de la déglutition qui a eu lieu, pendant un espace de temps assez considérable, chez un des sujets ; ce qui serait assurément très hasardé. (Obs. 53.)

Les cadavres d'individus morts de toute autre affection chronique que la phthisie, ne m'ont offert ni ulcération ni amincissement du pharynx ou de l'œsophage : et, à la suite des maladies aiguës, je n'ai trouvé d'ulcérations de la membrane muqueuse de ce dernier que dans les cas de fièvre grave. — L'espèce de détritus, ou de fausse membrane

dont il a été parlé, existait plus ou moins fréquemment à la suite de toutes les affections chroniques.

ART. II. — De l'estomac.

§ I. Du volume et de la position de l'estomac.

Le volume et la position de l'estomac offraient quelquefois des changements remarquables. De quatre-vingt-seize sujets chez lesquels ils ont été notés avec soin, neuf avaient l'estomac doublé ou triplé de volume, descendu au-dessous de sa position habituelle, et, dans six de ces cas, la grande courbure était de niveau avec la crête de l'os des iles. (Obs. 12.) Dans les trois autres, elle dépassait d'une petite quantité seulement l'ombilic. Dans tous, le foie était volumineux, abaissé dans la même proportion que l'estomac, et il recouvrait une partie plus ou moins grande de sa face antérieure.

Le déplacement et l'augmentation du volume de l'estomac, au point qui vient d'être indiqué, sont, pour ainsi dire, propres aux phthisiques : on ne les observe que très rarement chez les sujets qui succombent à d'autres affections; ce qui doit faire présumer que dans la plupart des cas ils sont une suite naturelle des secousses de toux plus ou moins répétées. Sur deux cent trente sujets morts de maladies chroniques ou aigués de diverse nature, je ne les ai rencontrés que deux fois : l'un des cas était l'exemple d'une affection du cœur; l'autre, d'une carie de la colonne vertébrale : dans tous deux la grande courbure de l'estomac était de niveau avec la crête de l'os des iles, le foie volumineux et bas : en sorte que toutes les fois que la double disposition qui nous occupe s'est présentée à mon observation, il y a eu un rapport constant entre l'état du foie et celui de l'estomac.

Les lésions de ce dernier étaient principalement relatives

à sa membrane muqueuse. Elle était ramollie et amincie, quelquefois même détruite, chez certains sujets; d'une rougeur plus ou moins vive et quelquefois épaissie à la face antérieure, chez d'autres; ou bien, la rougeur, accompagnée d'un ramollissement très marqué, n'existait que dans le grand cul-de-sac. Dans quelques cas il y avait des ulcérations; plus fréquemment la membrane muqueuse avait un aspect mamelonné très remarquable, etc. Je vais décrire ces différents états, dans l'ordre qui vient d'être indiqué.

§ 2. Ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

Cette lésion, que j'ai déjà signalée (1), existait dans la cinquième partie des cas environ, dix-neuf fois sur quatre-vingt-seize sujets. Son siége le plus ordinaire était la partie supérieure et surtout le grand cul-de-sac de l'estomac; assez souvent elle occupait la moitié de la surface de ce viscère, quelquefois davantage, ou bien elle était bornée à une étendue de 72 à 90 centimètres seulement. (Obs. 1, 3, 4, 7, 50, 55, 40, 30.)

Les parties où l'on observait la lésion qui nous occupe avaient un coup d'œil blanc-bleuâtre, ou légèrement jaunâtre, étaient dépourvues de mucus, et remarquables par un plus ou moins grand nombre de vaisseaux larges et vides, qui étaient quelquefois remplis d'un sang noirâtre. Elles étaient déprimées, et la membrane muqueuse plus ou moins saillante à leur pourtour. Ces différents objets frappaient à la première vue et indiquaient les points qui avaient subi l'altération qui nous occupe. La membrane muqueuse y était blanche, demi-transparente, quelquefois grisâtre ou un peu rousse; elle avait une mollesse extrême, au point qu'assez souvent elle n'avait pas plus de consistance qu'un

(1) *Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques*, Paris, 1826, pag. 1 et suiv.

mucus médiocrement visqueux. Son épaisseur se rapprochait plus ou moins de celle de la membrane muqueuse de l'intestin grêle; quelquefois même elle était entièrement détruite dans une certaine étendue. Dans plusieurs cas, à côté de parties également ramollies et amincies, on en voyait d'autres beaucoup plus molles que minces, et *vice versâ*. Une incision pratiquée sur la membrane muqueuse ramollie et amincie et sur celle qui était restée dans l'état naturel, ou n'avait pas subi la même altération, montrait combien la différence d'épaisseur dont il s'agit était considérable.

Au lieu d'être continue à elle-même, cette lésion se présentait quelquefois sous forme de bandes, et alors ses caractères étaient généralement moins prononcés. Ces bandes avaient de 6 à 9 centimètres de long, sur une largeur de 5 à 8 millimètres, quelquefois plus, étaient plus ou moins rapprochées les unes des autres, et la membrane muqueuse intermédiaire avait une épaisseur convenable.

Le tissu cellulaire placé au-dessous de la membrane muqueuse ramollie et amincie, était ordinairement sain. Dans quatre cas seulement il avait perdu toute consistance, la plus légère traction suffisait pour le déchirer, et les membranes musculaire et péritonéale avaient subi la même altération dans le point correspondant. Aussi, ai-je trouvé plusieurs fois l'estomac perforé, bien que je l'eusse séparé avec les plus extrêmes ménagements des parties voisines, et que l'absence d'épanchement indiquât que la perforation n'avait pas existé pendant la vie. (Obs. 7, 55.)

Dans la plupart des cas, la portion de membrane muqueuse qui se continuait avec celle qui vient d'être décrite était mamelonnée, rouge ou grisâtre, dans une grande étendue (Obs. 1, 4, 40), quelquefois même plus ou moins épaissie ou ulcérée; ou bien (beaucoup plus rarement, il est vrai) la portion amincie et ramollie faisait suite à une autre partie non moins amincie, mais d'un rouge vif et successivement plus épaisse. (Obs. 30.)

Là où la membrane muqueuse était rouge, épaissie, quelquefois même ramollie, l'inflammation était évidente ; son état mamelonné, joint à la couleur grise et aux ulcérations, indiquait, comme nous le verrons bientôt, une lésion de la même nature ; en sorte que dans plus de la moitié des cas, la membrane muqueuse, amincie, ramollie et décolorée, faisait suite à une partie enflammée. Il semblerait naturel, par cela même, de penser que le ramollissement avec amincissement dont il s'agit, est un des résultats de l'inflammation ; avec d'autant plus de raison, que les symptômes observés étaient ceux de la gastrite, alors même que la lésion qui nous occupe n'était point accompagnée de lésions accessoires.

Cependant les raisons nombreuses que j'ai exposées ailleurs rendent cette interprétation peu vraisemblable, et il est permis de croire que, dans un certain nombre de cas, le ramollissement et la destruction dont il s'agit sont le résultat d'une action chimique dont les conditions, toutefois, sont encore indéterminées (1).

§ I. Rougeur réunie à l'épaississement, à l'état mamelonné ou à une diminution de consistance de la membrane muqueuse, dans la partie correspondante à la *face antérieure de l'estomac*.

Huit fois, sur quatre vingt-seize sujets, j'ai rencontré cette espèce de lésion. La membrane muqueuse qui en était le siége était tantôt unie, tantôt inégale et mamelonnée, presque constamment couverte d'un mucus très abondant et très visqueux. Quand ce mucus n'était pas borné à la face antérieure de l'estomac, il y était plus tenace et en plus grande quantité que dans tout autre point. Dans quelques cas, la fermeté de la membrane muqueuse était moindre et son épaisseur plus considérable que dans l'état naturel. Dans l'un d'eux, toute la portion rouge et épaissie était recouverte

(1) *Recherches anat., pathol. et thérap. sur la fièvre typhoïde*, 2e édition, Paris, 1841, t. I, pag. 156, 157.

d'une fausse membrane molle et jaunâtre, qui ne s'étendait pas au-delà.

Cette lésion, évidemment inflammatoire, existait chez des individus de différents âges, dont la maladie avait duré un espace de temps très variable, de trois à cinq ans, et bien plus souvent chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de sept à un. (Obs. 10, 12, 52.) — Là où elle n'existait pas, la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins exactement dans l'état naturel.

La position et le volume de l'estomac avaient subi dans ce cas des changements remarquables. Ce viscère était fort ample, atteignait la crête de l'os des iles chez quatre des sujets dont il s'agit ; était volumineux, sans être fort abaissé, chez les autres. Chez tous il était recouvert, dans une assez grande largeur, par le foie augmenté de volume ou seulement descendu au-dessous de la position qui lui est naturelle ; en sorte qu'il est presque impossible de ne pas admettre que le foie ait une certaine influence sur l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, limitée à sa face antérieure. Cette influence une fois admise, on concevrait comment les femmes, dont le foie était bien plus souvent augmenté de volume que celui des hommes, ont été beaucoup plus sujettes à cette espèce d'inflammation que les derniers.

Quand nous en serons à l'histoire des symptômes, nous verrons que, dans plusieurs cas, on pouvait faire remonter le début de la maladie à un, deux et même trois mois avant la mort.

§ I. Rougeur avec ramollissement de la membrane muqueuse qui recouvre le grand cul-de-sac de l'estomac.

Cette lésion existait sur dix-sept des quatre-vingt-seize sujets dont il s'agit. La portion de membrane muqueuse qui en était le siège était d'un rouge ordinairement obscur, quelquefois un peu épaissie, et sa mollesse si considéra-

lie qu'on ne pouvait l'enlever par lambeaux, même les plus petits. (Obs. 22, 23) Rarement borné au voisinage du cardia, le ramollissement occupait une partie plus ou moins considérable du grand cul-de-sac, quelquefois même toute son étendue. Le reste de la membrane était dans l'état naturel, ou avait un aspect inégal, mamelonné, une couleur grisâtre, quelquefois rosée. Dans certains cas on y voyait de petites ulcérations.

Bien rarement la lésion qui nous occupe était accompagnée de symptômes qu'on pût lui rapporter; mais ses caractères me semblent assez tranchés pour qu'il ne doive pas y avoir de doute sur sa nature : car la rougeur intense, unie au ramollissement, et quelquefois à une augmentation d'épaisseur, ne peut être que le produit de l'inflammation; et l'absence de symptômes propres, dans la plupart des cas, me paraît seulement indiquer que cette inflammation se développe dans les derniers jours de la vie, comme nous avons vu que cela était si fréquent pour celle du parenchyme des poumons et des plèvres. Sans doute, et j'aurai occasion de le rappeler plus d'une fois, la faiblesse n'empêche pas les maladies de se présenter avec la plupart des symptômes qui leur sont propres, mais elle en altère quelquefois l'expression et en diminue le nombre. Ainsi, la péripneumonie qui survient dans les dernières périodes de la phthisie, donne rarement lieu à des crachats visqueux, jaunâtres, rouillés, demi-transparens; et, dans bien des cas, elle est tout-à-fait latente. On pourrait en dire autant de la pleurésie. Mais ce qui a lieu dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire et de la plèvre peut et doit avoir lieu dans celle de la membrane muqueuse de l'estomac; nouveau motif de considérer la lésion qui nous occupe comme une inflammation développée dans les derniers jours de la vie.

Personne, sans doute, ne verra dans la rougeur et le ramollissement dont il s'agit, un simple phénomène cada-

térique; car la stase du sang ne produit pas le ramollissement des tissus, et il est impossible d'attribuer à deux causes si différentes une lésion identique.

§ 5. Aspect mamelonné, couleur grisâtre ou rougeâtre de la membrane muqueuse de l'estomac.

Dans cet état, que j'ai observé dix-huit fois, indépendamment des lésions précédentes, la membrane muqueuse, au lieu de la surface uniforme et veloutée qui lui est naturelle, offrait, dans une étendue plus ou moins considérable, des saillies de formes et de dimensions variées, ordinairement arrondies, de 2 à 4 millimètres de diamètre, semblables aux bourgeons charnus des plaies, et parfois séparées par des sillons profonds, d'une longueur variable, de 2 millimètres ou un peu moins de largeur. Elle était presque toujours grisâtre, et, assez fréquemment, cette nuance était mêlée d'un rouge pâle. Dans certains cas, je l'ai trouvée plus consistante et plus épaisse que dans l'état naturel. Quelquefois aussi elle offrait de petites ulcérations, au niveau desquelles sa destruction n'était pas toujours complète.

L'aspect mamelonné dont il s'agit avait lieu dans des circonstances très différentes, soit que l'estomac fût très distendu ou très rétréci. On ne saurait, par cela même, l'attribuer à des causes mécaniques; et l'amincissement de la membrane au niveau des sillons, ses ulcérations, quelquefois son épaississement dans une certaine étendue, sa couleur presque toujours altérée, sont autant de circonstances qui indiquent un véritable état pathologique. Les mêmes circonstances, auxquelles il faut ajouter l'aspect mamelonné qui existait dans des cas où il y avait évidemment un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac qui en était le siége (quand, par exemple, l'inflammation était bornée à la face antérieure de ce viscère), semblent indiquer que cet état était le produit de l'inflammation,

ordinairement d'une inflammation lente, comme on peut le conjecturer de l'absence ou de la faiblesse extrême des symptômes et de la couleur le plus souvent grisâtre, de la membrane, couleur si ordinaire dans les phlegmasies chroniques et autour des ulcérations intestinales.

§ 7. Ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac.

Ordinairement petites et peu nombreuses, elles avaient lieu chez la douzième partie des sujets, avec quelque autre disposition morbide de la membrane muqueuse de l'estomac, à deux exceptions près. L'un de ces cas offrait l'exemple d'une ulcération unique, de 18 centimètres de surface. (Obs. 29.) Dans l'autre les ulcérations étaient petites, mais au nombre de quatre-vingts. (Obs. 13.) Dans tous, un seul excepté, la membrane muqueuse conservait, autour des ulcérations, l'épaisseur, la consistance et la couleur qu'elle avait dans leur intervalle; en sorte qu'elles semblaient faites comme par un emporte-pièce. L'exception indiquée est relative à un individu qui avait, dans le voisinage du pylore, une ulcération à bords renversés, formés par la membrane muqueuse épaissie, rouge et ramollie, les autres tuniques n'offrant rien de remarquable.

Le tissu sous-muqueux qui formait le fond des ulcérations était quelquefois épaissi. Dans un seul cas, celui où l'ulcération était unique et considérable, il était détruit dans quelques points.

Quand les ulcérations n'étaient compliquées d'aucune autre lésion de la membrane muqueuse, on pouvait conclure de l'histoire des symptômes qu'elles remontaient à une époque déjà éloignée au moment de la mort des sujets.

§ 8. Autres lésions de la membrane muqueuse de l'estomac.

Sur six individus chez lesquels cette membrane n'offrait aucune altération de consistance ou d'épaisseur, je l'ai

trouvée d'un rouge plus ou moins vif dans toute son étendue ; et cette rougeur disparaissait après deux ou trois heures de macération. Des symptômes gastriques s'étaient manifestés, dans plusieurs cas, deux ou trois jours avant la mort (Obs. 2) ; en sorte que tout semble indiquer, dans la lésion qui nous occupe, le produit d'une inflammation récente et légère.

Quatre fois j'ai vu la membrane muqueuse de l'estomac extrêmement ramollie dans la plus grande partie de son extrémité supérieure, sans altération de couleur et d'épaisseur, sans avoir observé de symptômes gastriques remarquables.

Chez un sujet qui mourut le jour même de son arrivée à l'hôpital, la membrane muqueuse de l'estomac offrait sept gros mamelons, à peu près uniformément distribués à sa surface, de 4 à 6 millimètres de diamètre et de 4 de hauteur. Elle était un peu rouge, avait une bonne consistance, et environ 2 millimètres d'épaisseur à leur niveau. Trois centimètres au-dessous de l'orifice cardiaque, elle était légèrement saillante et soulevée, dans une égale largeur, par un liquide blanc-bleuâtre, un peu visqueux, très incomplétement soluble dans l'eau, et contenu dans un certain nombre de petites cellules développées dans le tissu sous-muqueux.

Enfin, deux phthisiques m'ont fourni l'exemple, l'un, d'une sorte de cicatrisation de la membrane muqueuse de l'estomac ; l'autre, de la transformation de la tunique musculaire de cet organe, dans une petite étendue, en un tissu cartilagineux : lésion rare et que je décrirai avec soin, quand nous en serons à l'histoire des symptômes. (Obs. 14, 15.)

En résumé, sur quatre-vingt-seize sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac a été examinée et décrite avec soin, je l'ai trouvée

Amincie.	18 fois.
Rouge et quelquefois épaissie, mamelonnée et ramollie à sa partie antérieure.	9
A reporter. . . .	27

Report. . . .	27 fois.
Ramollie et d'un rouge obscur dans le grand cul-de-sac. . . .	17
Mamelonnée, grisâtre, quelquefois rougeâtre, épaissie, etc.	13
Ulcérée sans autre lésion.	2
Ramollie, sans altération de couleur ou d'épaisseur.	4
D'un rouge plus ou moins vif dans toute son étendue, sans altération d'épaisseur ou de consistance.	6
Soulevée par un liquide visqueux, etc.	4
En quelque sorte cicatrisée.	1
Total. . . .	77

C'est-à-dire que la membrane muqueuse de l'estomac n'était dans un état d'intégrité à peu près parfait, que dans *dix-neuf* cas, ou chez la cinquième partie des sujets.

Dans aucun cas, soit chez les individus dont la muqueuse gastrique était parfaitement saine, soit chez ceux qui l'avaient plus ou moins mamelonnée ou ulcérée, je n'ai trouvé de matière tuberculeuse ou de granulations grises demi-transparentes dans son épaisseur ou au-dessous; et cependant j'ai examiné avec soin la membrane muqueuse de l'estomac de quatre cents phthisiques. C'est dire que si les tubercules se développent quelquefois dans l'épaisseur des parois de l'estomac, ce ne peut être que bien rarement. De son côté, M. Andral rapporte que sur plusieurs centaines de sujets, il a trouvé deux fois la membrane muqueuse de l'estomac soulevée par des tubercules (1), et M. Tonnelé n'a jamais rencontré ce fait chez les enfants (2). Néanmoins la membrane muqueuse de l'estomac est bien souvent enflammée, et chroniquement enflammée chez les phthisiques, c'est-à-dire chez des malades dont la disposition aux tubercules est grande; et l'absence, ou l'extrême rareté des tubercules dans l'épaisseur de la muqueuse gastrique ou au-dessous, suffirait pour montrer le peu d'influence de l'inflammation sur le développement des tubercules, et indiquer

(1) *Clinique*, 2e vol., 3e édit., p. 278.
(2) *Journal hebdomadaire*, t. V, 183.

que pour concevoir leur développement il faut recourir à d'autres causes.

Les mêmes faits se sont présentés à mon observation depuis la première édition de mes recherches, et, pour ne parler que de ceux que j'ai recueillis ultérieurement à l'hôpital de la Charité, je dirai que, sur cinquante-quatre phthisiques dont l'estomac a été examiné avec soin, j'ai trouvé six cas d'ulcération de sa membrane muqueuse, dont deux existaient sans autre lésion, et vingt-deux cas d'état mamelonné de cette membrane, qui était, en outre, rose et ramollie chez cinq sujets.

Les lésions qui viennent d'être décrites ne sont pas propres à la phthisie; je les ai observées à la suite des autres maladies chroniques, mais dans des proportions différentes. Sur quatre-vingt-quatorze sujets morts de quelqu'une de ces affections, la membrane muqueuse de l'estomac était

Amincie et ramollie.	8 fois.
Rouge et un peu inégale à sa face antérieure.	3
Ramollie et d'un rouge brun dans le grand cul-de-sac. . . .	6
Plus ou moins rouge dans toute son étendue, sans ramollissement.	19
Mamelonnée, grisâtre, quelquefois épaissie ou ulcérée. . . .	18
Total.	[illegible]

C'est-à-dire qu'elle était plus ou moins profondément lésée dans la moitié des cas, tandis qu'à la suite de la phthisie c'était chez les quatre cinquièmes des sujets.

ART. III. — Du duodénum.

Le duodénum était presque constamment dans l'état naturel. Dans quelques cas sa membrane muqueuse était rosée; d'autres fois elle avait une couleur grisâtre, ce qui était dû à une infinité de petits points noirs dont elle était

semée pour ainsi dire. Assez souvent ses follicules muqueux étaient fort développés, doublés, triplés de volume, mais sans altération de structure. Trois fois (sur soixante sujets) j'y ai observé des ulcérations. Elles avaient 2 à 3 millimètres de diamètre, étaient au nombre de trois à dix, et d'une couleur pâle dans deux cas. (Obs. 9.) Dans le troisième on en comptait deux de 6 à 9 millimètres de diamètre; leur fond était noirâtre, et formé, comme dans les cas précédens, par le tissu cellulaire sous-muqueux légèrement épaissi. A leur pourtour la membrane muqueuse n'offrait rien de remarquable.

Dans les deux cas où les ulcérations étaient les plus petites, il y avait, dans le foie, des kystes non moins petits, contenant une matière verdâtre et pulpeuse; mais il n'y avait aucun rapport entre la couleur grise ou rose de la membrane muqueuse du duodénum, l'augmentation du volume des follicules muqueux, et le passage du foie à l'état gras.

Une seule fois j'ai trouvé une tumeur fibreuse, pareille à celles de l'utérus, de la grosseur d'une noisette, dans la tunique musculaire du duodénum.

Depuis la première édition de cet ouvrage, j'ai étudié avec une attention nouvelle l'état de la membrane muqueuse du duodénum chez les phthisiques, et j'ai trouvé, sur soixante d'entre eux, neuf cas d'ulcération, proportion plus considérable que celle indiquée jusqu'ici, et qui tient probablement à une observation plus complète. La membrane muqueuse était plus ou moins rouge et médiocrement ramollie dans quatre cas : un seul sujet offrait quelques petits tubercules sous-muqueux.

A la suite des autres maladies chroniques, l'état de cet intestin n'était pas tout-à-fait le même que chez les phthisiques; en sorte que, sur soixante-cinq sujets, j'y ai observé un seul cas d'ulcération.

ART. IV. — De l'intestin grêle (1).

Avant de décrire les différentes lésions de l'intestin grêle, je crois utile d'arrêter un instant l'attention sur la membrane muqueuse qui le tapisse, et d'indiquer une particularité de structure, généralement négligée, qu'elle présente toujours dans l'état sain.

§ I. De la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans l'état naturel.

Dans cet état les parois de l'intestin sont très minces, demi-transparentes ; et si on en applique une partie sur l'extrémité des doigts, on peut ordinairement distinguer, à travers, les petits sillons qui y sont tracés.

Dans cette épaisseur si peu considérable sont néanmoins comprises les membranes muqueuse, musculaire et péritonéale, unies par une petite quantité de tissu cellulaire. Dès qu'un de ces tissus est altéré d'une manière quelconque, la demi-transparence disparaît.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est naturellement blanche, et son épaisseur un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléum, où on peut la comparer à celle d'une feuille de papier joseph.

Si après y avoir fait une incision on en soulève un côté avec le scalpel, et qu'on le saisisse ensuite avec l'extrémité des doigts ou des pinces, on peut en enlever des lambeaux de 10 à 20 millimètres de longueur. Cette expérience suffit pour indiquer la consistance de la membrane muqueuse dans l'état naturel ; et quand on ne peut plus en obtenir, de la même manière des lambeaux de la grandeur indiquée, il faut en conclure qu'elle est plus ou moins profondément lésée.

(1) On trouvera beaucoup d'analogie entre plusieurs remarques faites dans cet article et celles de Ch. Billard, dans son ouvrage sur la membrane muqueuse gastro-intestinale. Sans attacher trop d'importance à mon travail, je dirai qu'il avait été communiqué depuis plusieurs mois à M. Chomel, quand l'ouvrage en question parut, et que, loin de supprimer une partie de mes remarques, j'ai cru devoir les laisser intactes, comme une nouvelle preuve que la même attention à observer les mêmes faits conduit nécessairement aux mêmes résultats.

Cependant l'uniformité de cette membrane est interrompue, à des distances plus ou moins considérables, par des plaques ovalaires de dimensions très variées. On les observe dans les trois derniers quarts, quelquefois dans toute l'étendue de l'intestin : on en compte de vingt à trente, et souvent plus. Placées à l'opposite du mésentère, elles ont de 3 à 12 centimètres de long, sur 16 à 20 de large ; deviennent généralement plus nombreuses et plus grandes en approchant du cœcum, forment une saillie peu considérable, sensible néanmoins à la vue et au toucher ; ont une épaisseur double, triple, quadruple de celle de la membrane muqueuse environnante ; sont complètement opaques, d'une couleur blanche ou grisâtre et quelquefois piquée de bleu. Elles n'ont pas l'aspect velouté du reste de l'intestin ; leur surface offre un grand nombre de grains plus petits que des grains de millet, d'un blanc un peu jaunâtre ; et si on les soulève de la manière indiquée plus haut pour la membrane muqueuse, on observe à leur face adhérente les mêmes petits grains. Enfin, si l'on met une de ces plaques ainsi détachées, entre l'œil et la lumière, les interstices des petits grains paraissent minces et demi-transparents, à peu près comme la membrane muqueuse dans le reste de son étendue.

Cette structure, qui n'est pas toujours également facile à constater, est de la dernière évidence dans quelques cas pathologiques, quand la membrane muqueuse est d'un rouge foncé, à la suite des maladies du cœur, par exemple. Alors, en effet, les petits grains dont j'ai parlé conservent la couleur blanche et jaunâtre qui leur est naturelle ; leurs interstices, dont la rougeur est presque aussi foncée que celle de la membrane muqueuse environnante, les font ressortir d'une manière très tranchée ; et les plaques paraissent, ce qu'elles sont réellement, une agglomération de petits grains sans doute glanduleux, dans l'épaisseur de la membrane muqueuse.

Les points bleus qu'on observe si fréquemment sur les

plaques, indiquent les orifices des grains glanduleux. Du moins la chose semble mise hors de doute par ce qui arrive dans certains cas pathologiques, où les plaques étant fort développées, les points bleus sont remplacés par des orifices béants, presque aussi larges que les grains eux-mêmes dans l'état naturel (1).

Souvent les plaques n'ont pas tout-à-fait l'aspect qui vient d'être indiqué, et qui tient à la disposition des cryptes; celles-ci sont alors confluentes, les interstices qui les rendaient sensibles ont disparu; mais les plaques n'en sont pas moins faciles à reconnaître et distinctes de la membrane muqueuse environnante, par leur couleur, leur opacité et une saillie plus ou moins marquée.

Les plaques ont encore un aspect différent dans l'iléum et le jéjunum, où elles interrompent les valvules conniventes, paraissent enfoncées, à raison de la saillie que forment les valvules, et ont une surface aréolaire qui rappelle assez bien l'aspect d'une reprise. Mais, comme dans l'iléum, elles sont blanchâtres ou grisâtres, opaques, et, par le fait de l'interruption des valvules à leur niveau, elles sont peut-être encore plus faciles à distinguer dans la première partie de l'intestin que dans la seconde. L'espèce de structure aréolaire dont il s'agit, est rare dans l'iléum.

Les grains blanchâtres, isolés, qu'on rencontre presque toujours vers la fin de celui-ci, au-dessous de la membrane muqueuse, sont sujets aux mêmes altérations que les plaques et plus ou moins faciles à reconnaître dans les circonstances indiquées pour les dernières.

Bien que la grandeur des plaques augmente à mesure qu'on s'approche du cæcum, il est cependant assez ordinaire d'en trouver de petites entre celles qui ont les dimensions les plus considérables. Alors leur forme n'est plus

(1) Les plaques elliptiques de Peyer ont fixé tout récemment l'attention des observateurs, et M. C. [illegible] sur la structure glanduleuse de ces glandes, l'expérience et le temps n'ont pas encore prononcé.

ovalaire, elle est plus ou moins irrégulièrement arrondie; près du cœcum, elles sont très multipliées et occupent souvent tout le pourtour de l'intestin.

Les plaques ne partagent que bien imparfaitement l'état pathologique de la membrane muqueuse qui les environne. Déjà j'ai remarqué que quand cette membrane était rouge à la suite des maladies du cœur, les grains glanduleux conservaient la couleur qui leur est propre. Quand on trouvait la membrane muqueuse épaissie, les plaques retenaient le plus ordinairement leurs dimensions naturelles, et leur saillie avait plus ou moins diminué ou disparu. Dans certains cas, dans les fièvres graves, par exemple, tandis que la membrane muqueuse est assez souvent intacte et ne change pas d'épaisseur, la leur augmente beaucoup, les grains glanduleux s'élargissent, leurs orifices deviennent béants: la structure des plaques est d'abord plus évidente; bientôt elles se ramollissent, et tandis que le tissu cellulaire sous-jacent s'épaissit tous les jours davantage, elles s'ulcèrent et finissent par être complètement détruites. On conçoit dès lors comment les plaques et les ulcérations observées dans l'affection typhoïde sont ovalaires ou elliptiques, situées à l'opposite du mésentère et presque toujours dans la dernière partie de l'iléum. C'est aussi sur ces plaques qu'ont le plus ordinairement lieu les ulcérations qui surviennent dans le cours de la phthisie; souvent même elles en sont le siége exclusif, et la membrane muqueuse reste parfaitement saine à leur pourtour.

Enfin c'est au milieu d'elles que s'établissent les perforations de l'intestin (1).

§ 7. De l'intestin grêle dans l'état pathologique.

L'intestin grêle offrait de nombreuses lésions, savoir: le

(1) Voyez mon *Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle* (Mémoires ou recherches anatomico-pathologiques, Paris, 1826, pag. 120).

ramollissement, l'épaississement, la rougeur de sa membrane muqueuse, les petits abcès sous-muqueux, des granulations tuberculeuses plus ou moins dures et des ulcérations.

Le *ramollissement* de la membrane muqueuse n'était pas plus commun dans le cours de la phthisie que dans celui des autres affections chroniques. Sur quatre-vingt-quinze sujets, je l'ai rencontré huit fois seulement, et, sur trois d'entre eux, à un degré fort médiocre. Chez les cinq autres, la membrane muqueuse n'avait que la consistance du mucus. (Obs. 16, 55.) Chez tous, le ramollissement existait dans toute l'étendue de l'intestin. Au ramollissement se joignaient, dans trois cas, un épaississement assez considérable et une rougeur plus ou moins vive : bien évidemment alors il était le résultat de l'inflammation. Chez un quatrième sujet il y avait épaississement sans rougeur.

Dans les cas où la membrane muqueuse n'était ni rouge ni ramollie, je ne l'ai trouvée manifestement *épaissie* qu'une seule fois.

Elle était plus ou moins *rouge*, sans altération d'épaisseur ou de consistance, sur treize sujets. (Obs. 30, 61.) Chez cinq d'entre eux, la rougeur existait dans toute l'étendue de l'intestin; chez les autres, elle était bornée à une petite portion de sa longueur, aux 72 derniers centimètres, dans la plupart des cas. (Obs. 32, 46.) Dans aucun, les vaisseaux du mésentère n'étaient gorgés de sang; en sorte que la rougeur dépendait le plus souvent peut-être d'une cause différente de la simple stase de ce liquide.

Les granulations se présentaient tantôt avec tous les attributs de la matière tuberculeuse, tantôt elles étaient plus blanches et beaucoup plus dures, offraient, en quelque sorte, la résistance et l'aspect des cartilages. Les unes et les autres avaient un volume peu considérable, celui d'un pois de moyenne dimension, étaient ordinairement beaucoup plus petites, se développaient au-dessous de la mem-

brane muqueuse et ne se montraient presque jamais sans qu'il existât en même temps quelque ulcération.

Les *granulations dures, comme semi-cartilagineuses* (Obs. 21, 40, 52.) étaient ordinairement très multipliées, existaient quelquefois dans toute la longueur de l'intestin, distantes de 3, 6 ou 9 centimètres, plus ou moins. Ainsi universellement répandues, leur nombre et leur grosseur allaient en augmentant vers le cœcum. Dans d'autres cas elles étaient beaucoup plus nombreuses près du duodénum et dans le premier tiers de l'intestin, que dans celui qui vient immédiatement ensuite, et elles manquaient dans le dernier. Petites, elles avaient à peine le volume d'une petite tête d'épingle, adhéraient peu à la tunique cellulaire, et la membrane muqueuse était parfaitement saine à leur niveau. Quand elles avaient le volume d'un pois ou environ, cette membrane était ordinairement plus ou moins rouge, épaissie et ramollie, où même détruite au point de contact; bientôt elles éprouvaient elles-mêmes une perte de substance, la destruction faisait tous les jours des progrès; et jusqu'à ce qu'elle fût complète, les bords de l'ulcération étaient durs, blancs, opaques, conservaient, à très peu de chose près, les caractères de la tumeur à laquelle succédaient ces ulcérations, et offraient ainsi la preuve de leur origine.

Les granulations dures, comme semi-cartilagineuses, avaient quelquefois leur siége sur les plaques et plus ordinairement dans leur intervalle; elles étaient également distribuées dans toute la circonférence de l'intestin. Je ne les ai jamais observées qu'au-dessous de la membrane muqueuse immédiatement, et, dans aucun cas, elles n'occupaient les interstices des fibres musculaires.

Les *granulations tuberculeuses* étaient beaucoup moins nombreuses que les précédentes, quand celles-ci étaient très multipliées; elles occupaient le pourtour des ulcérations, leur centre, les interstices des fibres charnues, étaient placées entre le péritoine et la membrane musculaire corres-

pendante, se trouvaient sur les plaques ou dans leur intervalle, étaient presque constamment plus nombreuses près du cœcum que partout ailleurs (Obs. 6, 8, 14, 20, 23, 50, etc.) Je n'en ai jamais observé près du duodénum.

A ces granulations succédaient de petits ulcères, dont le mécanisme était le même que celui des excavations tuberculeuses des poumons. La matière tuberculeuse se ramollissait, et quand le ramollissement était plus ou moins parfaitement opéré, on trouvait la membrane muqueuse rouge, épaissie, ramollie dans le point correspondant ; ou bien elle était détruite et l'abcès se vidait à la surface de l'intestin ; en sorte que l'inflammation de la membrane muqueuse était l'effet et non la cause des tubercules.

Jamais je n'ai vu la matière tuberculeuse envahir la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ou se développer dans cet organe sous une autre forme que celle de granulations.

Séparées ou réunies, les deux espèces de granulations existaient chez trente-six des quatre-vingt-quinze sujets dont il a été question ; et sur six d'entre eux, il n'y avait que des granulations dures, comme semi-cartilagineuses. Celles-ci étaient alors bien moins fréquentes que les autres.

Évidemment, les granulations tuberculeuses et semi-cartilagineuses dont il vient d'être question, n'étaient qu'une même lésion à des degrés différents ; car elles suivaient les mêmes lois, avaient le même volume, presque toujours le même siége ; seulement, les unes, les semi-cartilagineuses, étaient sans doute d'origine récente à la mort des sujets, tandis que les autres étant plus anciennes étaient aussi moins dures, plus voisines du ramollissement. Quand ces granulations étaient réunies chez le même sujet, les premières étaient moins nombreuses que dans le cas où elles existaient seules.

Depuis la première édition de cet ouvrage, l'étude des mêmes faits m'a conduit au même résultat ; en sorte que sur cent vingt cas dans lesquels j'ai noté avec soin l'état de

l'intestin grêle, j'ai trouvé cinquante-quatre sujets qui offraient des granulations tuberculeuses plus ou moins nombreuses dans toute l'étendue de cet organe, le plus ordinairement dans l'iléum, au pourtour des ulcérations ou dans leur fond, et assez fréquemment aussi dans leur intervalle.

Il est encore digne de remarque, que dans plusieurs de ces cas on trouvait mêlées aux granulations tuberculeuses, à proprement parler, des granulations grises demi-transparentes, toujours fort petites, et dont la présence était une nouvelle preuve de la communauté d'origine de ces deux lésions, dont l'une est le premier degré de l'autre ou une de ses phases.

Les ulcérations étaient encore plus communes que les granulations de l'une ou de l'autre espèce, et semblaient, par cela même, devoir en être assez souvent indépendantes. Je les ai observées plus ou moins nombreuses sur soixante-dix-huit sujets, c'est-à-dire, deux fois et au-delà plus souvent que les granulations; à peu près dans les cinq sixièmes des cas. — Cette proportion est un peu différente de celle indiquée par Bayle, qui dit avoir rencontré la même lésion sur les soixante-sept centièmes des sujets seulement. Mais cette différence ne doit faire naître aucun doute sur l'exactitude des faits que j'expose; j'aurai probablement mis plus de temps que Bayle à nettoyer l'intestin grêle, à le parcourir scrupuleusement dans toute son étendue; les plus petites ulcérations, celles qu'on ne peut voir que quand l'intestin est bien lavé, ne m'auront pas échappé; et c'est probablement à cette seule circonstance qu'il faut attribuer la différence dont il s'agit.

Ce qui confirme cette manière de voir et en montre l'exactitude, c'est que chez les cent vingt nouveaux sujets dont il était question tout-à-l'heure relativement aux tubercules de l'intestin grêle, j'ai trouvé quatre-vingt-seize cas d'ulcération; proportion presque identiquement la même que celle

indiquée quelques lignes plus haut et qui se trouve dans la première édition de mes recherches.

A quelques exceptions près, le nombre, les dimensions et la profondeur des ulcérations augmentaient à mesure qu'on se rapprochait du cœcum. En supposant l'intestin divisé en trois parties égales dans sa longueur, on n'en rencontrait, dans la plupart des cas, que dans le tiers le plus voisin du cœcum, ou tout à la fois dans cette partie et dans le tiers moyen; il était bien moins ordinaire d'en trouver dans toute l'étendue de l'organe. Cependant cette disposition n'était pas très rare; je l'ai observée sur un peu plus de la sixième partie des sujets, tandis que trois fois seulement j'ai vu les ulcérations bornées au tiers moyen de l'organe.

Peu considérables, elles étaient presque exclusivement placées à l'opposite du mésentère, dans les points correspondants aux plaques que j'ai décrites et qui n'existaient plus : dans le plus haut degré de leur développement, elles occupaient tout le pourtour de l'intestin.

Leurs dimensions variaient de quatre millimètres à quarante-cinq ou cinquante-cinq centimètres en surface. Dans certains cas, le même sujet offrait plusieurs de ces dernières ulcérations (Obs. 4), tandis que chez d'autres on n'en trouvait que quelques unes des plus petites, ou même une seule (Obs. 16.)

Leur forme indiquait le plus ordinairement leur origine, et variait comme leurs dimensions. Petites, elles étaient arrondies comme celles qui succèdent à la fonte des granulations; d'une moyenne étendue, elles avaient la forme elliptique des plaques qu'elles occupaient; et cette forme était la plus fréquente. L'annulaire venait ensuite. (Obs. 29, 34, 54.) La forme linéaire était la plus rare; je l'ai néanmoins observée sur sept sujets et presque toujours dans la première moitié de l'intestin; alors l'ulcération avait de trois à cinq centimètres de long sur trois à quatre millimè-

tres de large, à sa partie moyenne; elle était plus étroite à ses extrémités.

La couleur des ulcérations n'était pas moins variée que leurs autres attributs. Assez ordinairement blanchâtre, quand elles étaient petites, on la trouvait souvent d'un gris mêlé de rouge, quand elles avaient des dimensions d'une grande ou d'une médiocre étendue. Quelquefois aussi, et c'était presque uniquement dans le cas d'ulcérations longues et étroites, leur couleur était noirâtre ou d'un rouge brun.

La structure des ulcérations variait suivant leur étendue et leur durée. Petites et sans doute récentes, le tissu cellulaire sous-muqueux était mis à nu, un peu épaissi, sans inégalités, et la tunique musculaire, sans altération sensible. Plus considérables, elles offraient un aspect plus varié. Les unes avaient une surface inégale, formée par le tissu sous-muqueux plus ou moins épaissi et quelques débris de membrane muqueuse; sur d'autres, il n'y avait plus trace de cette dernière, la membrane sous-muqueuse était alternativement épaissie et amincie, détruite dans quelques points, ou même dans toute son étendue, et la tunique musculaire mise à nu. Ainsi découverte, celle-ci devenait, à son tour, plus ou moins épaisse, était inégale, grisâtre et blanchâtre, quelquefois parsemée de granulations tuberculeuses; et à cet épaississement se joignaient, dans beaucoup de cas, des amincissements partiels. Bien plus rarement la destruction de la membrane musculaire était complète dans quelques points: en sorte qu'à mesure que l'un des tissus qui concourent à la formation des parois de l'intestin était mis à nu, il s'épaississait d'abord et finissait ensuite par s'ulcérer.

Bien souvent les ulcérations provenaient de la réunion d'ulcérations beaucoup plus petites, et il était facile de s'en convaincre quand elles étaient nombreuses et avaient lieu sur des plaques. Alors, en effet, on voyait, chez le même sujet, sur quelques unes de ces plaques, des tubercules ramollis et un plus ou moins grand nombre de petites

ulcérations arrondies, séparées par des brides entières ou incomplètement détruites. Sur d'autres plaques, les brides avaient entièrement disparu, leur membrane cellulaire était mise à nu dans toute leur surface, plus ou moins épaissie, offrait des dépressions arrondies plus ou moins profondes, là sans doute où avaient existé les petites ulcérations. Enfin, sur un troisième ordre d'altérations de la même forme, la tunique sous-muqueuse était détruite dans quelques points ou dans toute son étendue, la membrane musculaire mise à découvert et plus ou moins inégale et épaissie.

Dans les cas où les ulcérations de l'intestin grêle ont ainsi gagné en profondeur, on trouve assez souvent (je l'ai observé quelquefois et M. Andral a très bien décrit cette disposition) le péritoine correspondant comme injecté et recouvert d'une exsudation purulente. Quelquefois même cette phlegmasie s'étend à une autre portion du péritoine appartenant à une anse intestinale qui est en contact avec celle où existe l'ulcération; alors des adhérences peuvent s'établir entre ces deux anses intestinales, et plus tard, si l'ulcération devient perforative, les adhérences constitueront une heureuse barrière qui circonscrira l'épanchement.

L'observation suivante est un exemple de la plupart des dispositions anatomiques que je viens de signaler.

IVᵉ OBSERVATION.

Un peintre en bâtiments, âgé de soixante-deux ans, fut admis, le 25 juillet 1824, à l'hôpital de la Charité, où il mourut le 1ᵉʳ août suivant. Né de parents sains, d'une constitution sèche et maigre, il annonçait cinq mois de maladie et cinq mois de diarrhée. Celle-ci avait été très forte, et, à son début, le malade avait eu vingt selles et quelquefois plus en vingt-quatre heures, souvent aussi de violentes coliques; la toux s'y était jointe au milieu du quatrième mois : depuis lors la voix était plus ou moins complètement

éteinte, il y avait de la sécheresse au larynx. L'appétit avait diminué dès les premiers jours, puis l'anorexie était devenue complète, et quelquefois, à partir du quatrième mois, la toux avait excité des envies de vomir. La soif s'était prononcée dès le troisième. D'ailleurs, ni frisson ni chaleur incommode, si ce n'est pendant les huit jours qui précédèrent l'entrée du malade à l'hôpital : amaigrissement dès le début.

Le 25 juillet : faiblesse considérable, mémoire dans un état d'intégrité parfait ; respiration peu accélérée, toux médiocrement fréquente, crachats assez abondants, opaques, verdâtres et sans stries, déchiquetés ; percussion sonore, respiration trachéale sous la clavicule gauche, dure et forte sous la droite, sans gargouillement ; apyrexie, peau fraîche, pouls calme ; langue plus pâle que rouge, presque dans l'état naturel ; anorexie complète, soif médiocre, déglutition un peu gênée, quelquefois oppression à l'épigastre ; trois selles liquides.

Le 31, à l'heure de la visite : altération profonde des traits, expression de malaise et de souffrance, langue sèche, ventre très chaud, conservant la forme et le volume qui lui sont naturels. Depuis une heure environ le malade éprouvait de vives douleurs au niveau de la vésicule biliaire ; la pression les augmentait beaucoup ; les selles étaient devenues extrêmement fréquentes, le pouls et la respiration très accélérés.

Les mêmes symptômes persistèrent le reste du jour, et le malade mourut le lendemain matin à quatre heures.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT. — *État extérieur*. Dernier degré de marasme.

Tête. — Infiltration considérable au-dessous de l'arachnoïde dans toute sa partie supérieure ; trois cuillerées de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux, une seule dans les fosses occipitales inférieures. Cloison demi-

transparente très mince, distendue par la sérosité qui occupait le ventricule moyen et qui fut évaluée à une cuillerée. Cerveau un peu sablé de sang.

Cou. — La moitié inférieure de la face laryngée de l'épiglotte était un peu rouge, et présentait quelques ulcérations superficielles. Il y en avait une petite à la réunion des cordes vocales. La membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge, sans autre altération

Poitrine. — Le poumon gauche adhérait, au moyen d'un tissu cellulaire abondant, aux plèvres diaphragmatique et costale, était engoué à sa base, et offrait, à son sommet, une excavation tuberculeuse d'une médiocre capacité, presque entièrement vide, dont les parois étaient dépourvues de fausse membrane et en grande partie formées par des tubercules, des granulations et une matière grise plus ou moins noirâtre, assez abondamment répandue dans le reste du lobe supérieur. Ces dernières lésions étaient rares dans l'inférieur, et les seules qu'on y rencontrât. Le poumon droit n'offrait que quelques adhérences et un petit nombre de tubercules ou de granulations, sans cavité tuberculeuse. De ce côté, les bronches étaient d'un rose tendre; à gauche, où elles communiquaient par plusieurs points avec l'excavation, elles avaient une couleur rouge très foncée. — Les glandes bronchiques n'étaient point tuberculeuses. — Le cœur était sain; les valvules sygmoïdes aortiques étaient tendres et épaissies à leur bord libre.

Abdomen. — Un peu de sérosité rousse et claire dans les flancs; un grand verre de pus fort épais, jaunâtre, sans odeur, sans trace de fausse membrane dans aucun point, entre la vessie et le rectum. — La membrane muqueuse de l'estomac était très mince, presque diaphane, et molle comme du mucus dans la partie supérieure du grand cul-de-sac, où les vaisseaux sous-jacents étaient brunâtres et très développés. Ailleurs elle était grisâtre, plus ou moins largement mamelonnée, d'une épaisseur et d'une consistance

convenables. — Le duodénum n'offrait rien de remarquable. — L'intestin grêle était un peu plus large que dans l'état naturel, offrait, à l'extérieur, beaucoup de taches d'un gris bleu, et contenait une grande quantité de liquide trouble, roussâtre et médiocrement épais. En le supposant divisé, dans sa longueur, en cinq parties égales, on trouvait sa membrane muqueuse parfaitement saine dans la première et dans la dernière; dans le reste de son étendue elle offrait beaucoup d'ulcérations, presque toutes disposées parallèlement à la direction des valvules conniventes. Les plus larges occupaient la partie moyenne de l'espace indiqué, comprenaient tout le pourtour de l'intestin et offraient le tissu musculaire à nu. Deux d'entre elles avaient de 36 à 54 centimètres en surface, étaient grises, roussâtres, inégales. La membrane musculaire correspondante avait près de 2 millimètres d'épaisseur; ses fibres étaient plus cassantes et plus roides que dans l'état naturel. Au-dessus et au-dessous se trouvaient d'autres ulcérations, qui ne formaient pas l'anneau complet, dont les bords étaient épais et la partie centrale très mince; en sorte que l'épaisseur de leurs parois diminuait de la circonférence au centre, et que la membrane musculaire était coupée en dédolant. Le centre de plusieurs de ces ulcérations était uniquement formé par le péritoine; celui-ci était même perforé dans deux points; et, autour de l'une des perforations, il était d'un rouge livide dans une largeur de 8 à 10 millimètres, d'une très grande ténuité, exactement comme dans les perforations qui ont lieu dans le cours de l'affection typhoïde. Autour de la seconde perforation, le péritoine avait conservé la couleur qui lui est naturelle, il était moins aminci; de manière que cette lésion semblait plutôt le résultat d'une traction sur l'intestin (malgré les ménagements pris pour l'examiner), que de toute autre cause. — Le gros intestin contenait une matière analogue à celle de l'intestin grêle. Le cœcum et le commencement du colon droit of-

fraient, dans une hauteur de 21 centimètres et dans tout leur pourtour, la membrane musculaire à nu; celle-ci était grisâtre, présentait quelques destructions partielles de peu d'importance, avait 2 millimètres d'épaisseur. Au-dessus de cette vaste ulcération, et jusqu'à la partie moyenne du colon transverse, s'en trouvaient encore d'autres très grandes, en tout semblables à la première, dont les intervalles étaient sains. La membrane muqueuse était pâle et un peu ramollie dans le colon descendant et le rectum. — La plus grande partie des glandes du mésentère avait un volume considérable et se trouvait transformée en matière tuberculeuse. Quelques unes d'entre elles offraient, à côté de la matière tuberculeuse, des masses plus ou moins considérables d'une matière blanche, opaque, brillante et dure, véritablement cancéreuse. — Le reste des viscères de l'abdomen était dans l'état naturel.

Malgré les ménagements pris dans l'examen du conduit digestif, bien que le pourtour de l'une des perforations intestinales fût semblable à celui des perforations signées les mieux constatées par l'histoire des symptômes et les recherches anatomiques, je ne saurais croire que cette perforation ait existé pendant la vie. A la vérité, une douleur très vive s'est manifestée dans les dernières vingt-quatre heures, aux environs de la vésicule biliaire; le pouls est devenu très accéléré, le ventre brûlant, on a trouvé une certaine quantité de pus dans l'abdomen, il y a eu péritonite. Mais le pus était sans odeur, d'une couleur normale, n'avait aucun des caractères de l'épanchement qui a lieu dans la perforation de l'intestin grêle (caractères si tranchés sous le rapport de l'odeur et de la couleur, qu'ils suffisent, indépendamment des recherches ultérieures, pour indiquer d'une manière à peu près certaine l'existence d'une perforation); pas la plus petite quantité de la matière trouble et rousseâtre de l'intestin grêle ne se retrouvait dans l'abdomen; en sorte que

le fait dont il s'agit me semble bien plutôt l'exemple d'une de ces péritonites qui se déclarent quelquefois dans les derniers temps de la phthisie, que celui d'une véritable perforation. Quoi qu'il en soit, cette observation est d'un grand intérêt, à raison du nombre et de la grandeur des ulcérations de l'un et l'autre intestin, de l'épaississement de la membrane musculaire à leur niveau, de son amincissement, puis de sa destruction complète au milieu de quelques unes, le péritoine étant mis à nu, et l'intestin, sinon perforé, du moins près de l'être.

Remarquons encore qu'il n'y avait pas de granulations tuberculeuses dans l'épaisseur de la membrane musculaire; que si ces granulations y étaient plus communes, la destruction en serait peut-être aussi plus fréquente et les perforations moins rares. Mais, comme je l'ai déjà dit, les fibres musculaires, au lieu de tendre à la destruction, quand les membranes muqueuse et cellulaire n'existent plus, s'épaississent graduellement, et ce n'est qu'après un espace de temps plus ou moins considérable que leur destruction commence; encore le fait est-il assez rare.

Le pourtour des ulcérations était quelquefois très plat; le plus ordinairement il formait une saillie plus ou moins considérable. Quand les ulcérations étaient petites et arrondies, les tuniques muqueuse et cellulaire avaient à peine un léger excès d'épaisseur à leur circonférence; quand les grandes ulcérations n'étaient pas encore très profondes, que la tunique sous-muqueuse n'était pas détruite, leur pourtour était inégal et plus ou moins épais; ce qui provenait, dans beaucoup de cas, de la présence d'un certain nombre de tubercules ramollis. En général, la membrane muqueuse était rouge et ramollie autour des ulcérations.

Outre les lésions précédentes, on observait encore, dans quelques cas, de petits abcès du volume d'un pois, développés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux.

Ces abcès existaient dans des cas où il n'y avait ni ulcérations, ni granulations tuberculeuses dans l'intestin grêle. Quelquefois leurs parois étaient lisses, en sorte qu'ils semblaient être la suite d'une inflammation phlegmoneuse, et non de la fonte d'un tubercule. Toutefois il convient de remarquer que je n'ai guère rencontré ces abcès que chez les phthisiques, et que dans les deux cas où ils existaient à la suite d'autres maladies, la matière qu'ils contenaient était très ténue, jaunâtre et demi-transparente.

Quand l'intestin grêle était sain ou n'offrait que des lésions peu considérables, il contenait une plus ou moins grande quantité de mucus, de couleur et de consistance variées, quelquefois taché de sang; mais lorsque ses ulcérations étaient grandes et nombreuses, on trouvait, au lieu de mucus, un liquide trouble, plus ou moins ténu ou épais, d'une couleur rougeâtre, obscure ou un peu grisâtre, tel à peu près que je l'ai décrit chez le sujet dont je viens de donner l'histoire; d'une odeur forte, assez semblable à celle des matières animales mises en macération. (Obs. 22.)

Un dernier fait qu'il importe de signaler relativement aux ulcérations de l'intestin grêle, c'est qu'assez souvent elles amènent un rétrécissement considérable dans le point correspondant; que quelquefois aussi ce rétrécissement donne lieu à des symptômes graves, signalés par le docteur Corbin (*Archives de médecine*). La 60e observation est assurément un des faits les plus remarquables qu'on puisse citer à ce sujet, car les symptômes du rétrécissement furent en quelque sorte les premiers de la maladie, de très longue durée, et c'est à ce rétrécissement de l'intestin grêle qu'il faut rapporter l'issue funeste de la maladie.

Plusieurs des lésions qui viennent d'être décrites, le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la membrane muqueuse, sont communes aux phthisiques et aux sujets qui succombent aux maladies chroniques les plus variées et

aux affections aiguës. Les autres lésions, les granulations tuberculeuses et les ulcérations, sont propres aux phthisiques. Je n'ai jamais observé de granulations tuberculeuses que chez les derniers; et s'il n'est pas rigoureusement vrai de dire que les ulcérations de l'intestin grêle se rencontrent exclusivement chez les sujets atteints de phthisie, elles sont si rares à la suite des autres maladies chroniques, que cette proposition est exacte à très peu de chose près. Sur quatre-vingt-cinq sujets morts d'affections chroniques de diverse nature, je n'ai rencontré d'ulcérations de l'intestin grêle que dans six cas. Trois d'entre eux appartenaient à des individus dont les poumons offraient une plus ou moins grande quantité de tubercules ou d'excavations tuberculeuses. Des trois autres, l'un était relatif à une femme dont la maladie principale était une gastrite; les deux autres, à des sujets morts de dysenterie. Dans ces trois cas, les ulcérations étaient à la fois petites et rares : en sorte que si toute espèce d'ulcération de l'intestin grêle n'est pas absolument propre aux phthisiques, cela paraît du moins très exact pour les ulcérations d'une certaine étendue; car il ne s'agit ici que des affections chroniques, et je fais abstraction de l'affection typhoïde (1).

ART. V. — Du gros intestin.

Les lésions de cette dernière partie du canal intestinal étaient les mêmes que celles de l'intestin grêle : aussi ne m'arrêterai-je que sur ce qu'elles peuvent offrir de particulier.

La membrane muqueuse du colon était *rouge* dans toute sa longueur sur vingt-sept des quatre-vingt-quinze sujets dont il a été question, c'est-à-dire dans un peu plus de la qua-

(1) J'avais mis, dans la première édition de cet ouvrage, les granulations dites semi-cartilagineuses au nombre des lésions communes aux phthisiques et à ceux qui meurent de toute autre maladie chronique; mais en refaisant mon analyse, j'ai vu que tous les sujets qui avaient de ces granulations offraient des tubercules pulmonaires, ce qui explique le changement introduit dans ce paragraphe.

trième partie des cas, douze fois avec quelques interruptions, quinze fois d'une manière continue. Dans ces derniers cas la rougeur était généralement très intense.

A trois exceptions près, elle coïncidait avec un ramollissement très marqué de la membrane muqueuse, qui n'avait plus que la consistance du mucus, et ne pouvait être enlevée que sous cette forme. Cette membrane était épaissie dans plusieurs des cas dont il s'agit, et ulcérée dans le plus grand nombre.

Son *épaississement* existait encore dans des cas où elle avait conservé la couleur blanche qui lui est naturelle; mais alors elle était ramollie et offrait un certain nombre d'ulcérations.

En rapprochant ce paragraphe de celui qui précède, on voit que l'épaississement de la membrane muqueuse du gros intestin était toujours uni à une autre lésion, et presque constamment à son ramollissement.

Le *ramollissement*, tel que je l'ai indiqué, était donc une lésion très fréquente. Non seulement on l'observait dans les cas où la membrane muqueuse était rouge et plus ou moins épaissie, mais encore dans quelques uns de ceux où elle avait conservé sa couleur et ses dimensions naturelles; en sorte que je l'ai rencontré soixante-deux fois dans toute l'étendue, ou seulement dans une partie considérable de la longueur de l'intestin.

Dans un assez grand nombre de cas, la membrane muqueuse, rouge et ramollie, avait un aspect mamelonné plus ou moins général (Obs. 11); ou bien, elle était détruite plus ou moins complètement, par petites portions, dans une infinité de points, de manière à offrir un aspect ondulé, qui existait quelquefois dans toute sa longueur. Elle était entièrement détruite sur deux sujets, dans une surface de 30 centimètres; et, à raison de la teinte un peu rosée du tissu cellulaire sous-muqueux, dans la partie correspondante à cette énorme destruction, elle m'aurait échappé, si je n'y eusse regardé de très près. Là où la destruction

s'arrêtait, le tissu cellulaire dont il s'agit n'offrait aucun changement appréciable, et l'on peut croire qu'elle était le résultat d'une cause mécanique, d'un simple frottement, peut-être opéré par les matières fécales dans leur trajet. Ce mécanisme est d'autant plus probable que quand la membrane muqueuse du colon est ramollie au plus haut degré, il suffit de promener le dos d'un scalpel à sa surface pour l'enlever complétement.

Dans les cas dont il s'agit, le tissu cellulaire était ordinairement opaque, son épaisseur augmentée, double, triple, quadruple de celle qui lui est naturelle (Obs. 11.); et chez quelques sujets il avait, comme je viens de le dire, une légère nuance rose. Chez le plus grand nombre il conservait la blancheur qui lui appartient.

La cause du ramollissement qui nous occupe est-elle toujours la même? Quand cette lésion est réunie à la rougeur et à l'épaississement, on ne saurait douter qu'elle ne soit le résultat de l'inflammation. Cela est encore très probable quand il y a épaississement sans rougeur, puisque la décoloration des tissus enflammés a lieu tôt ou tard, témoin les diverses nuances du poumon hépatisé. Mais quand le ramollissement existe sans altération de couleur et d'épaisseur, est-il encore l'effet de l'inflammation? La chose n'est pas impossible assurément, mais elle n'est pas incontestable, à beaucoup près, plusieurs organes étant assez souvent ramollis sans qu'on puisse considérer cet état comme une suite de l'inflammation. Ainsi, dans l'affection typhoïde et dans plusieurs cas de maladies chroniques, le cœur est souvent ramolli, sans qu'il soit possible d'assigner la cause de ce ramollissement : la rate présente, dans une foule de circonstances, un ramollissement extrême, sans qu'on puisse le regarder comme le résultat de l'inflammation. D'un autre côté, il est vrai de dire qu'à la suite d'une portion de membrane muqueuse rouge et ramollie, on en trouve souvent une autre également ramollie, mais sans rougeur;

que si la première lésion est inflammatoire, il est bien probable que la seconde n'est pas d'une autre nature; mais c'est une simple probabilité. De nouveaux faits me semblent nécessaires pour décider la question.

Mais à quel degré le ramollissement qui nous occupe entraine-t-il la désorganisation? Je ne connais aucun fait qui puisse donner la solution de ce problème. Toutefois, il me paraît infiniment probable que le ramollissement peut être porté fort loin, sans qu'il y ait désorganisation des tissus qui en sont le siége; et l'état de la rate, dans l'affection typhoïde, est très favorable à cette opinion. En effet, sur un certain nombre de sujets morts à la suite de cette maladie prolongée, la rate est volumineuse et ferme; et comme le ramollissement de ce viscère est une chose à peu près constante dans son cours, que souvent alors il est porté à un degré extrême, il faut admettre qu'il avait eu lieu dans quelques uns des cas dont il s'agit, à ce degré; qu'il avait rétrogradé, qu'il n'y avait pas eu désorganisation.

Plus tard, quand je ferai l'histoire des symptômes, on verra, ainsi que je l'ai déjà indiqué, que l'inflammation qui amène le ramollissement pulpeux de la membrane muqueuse du gros intestin, se développe bien souvent dans les derniers jours de la vie, comme j'ai déjà dit que cela avait lieu pour l'inflammation du parenchyme pulmonaire, des plèvres et de la membrane muqueuse de l'estomac.

Il y avait des *granulations tuberculeuses* dans treize cas, ou chez la huitième partie des sujets environ. Elles étaient placées au milieu ou au pourtour des ulcérations; on n'en rencontrait pas dans leur intervalle.

Ce petit nombre de cas de tubercules dans le gros intestin est remarquable, à raison de ce qui a été observé à ce sujet pour l'intestin grêle; et on ne saurait croire que la différence dont il s'agit soit accidentelle et due au hasard, en quelque sorte; car sur cent vingt cas de phthisie observés depuis la première édition de cet ouvrage, et dans lesquels les lésions du

gros intestin ont été décrites avec soin, je n'ai trouvé que huit cas de tubercules; proportion moindre encore que celle que j'avais trouvée précédemment. La différence dont il s'agit est d'autant moins facile à concevoir, que les ulcérations du gros intestin sont presque aussi communes que celles de l'intestin grêle; et elle montre, avec d'autres faits exposés plus haut, que les tubercules ne sont pas, à beaucoup près, la seule cause des ulcérations intestinales.

Les *ulcérations*, comme je viens de le dire, étaient fréquentes, presque aussi communes que dans l'intestin grêle; il en existait sur soixante-dix sujets; et comme le ramollissement de la membrane muqueuse a existé plusieurs fois sans qu'il existât d'ulcération, il est facile de prévoir que je n'ai dû trouver que bien rarement cette membrane parfaitement saine dans toute son étendue; je ne l'ai observée telle, en effet, que dans trois cas.

Le plus ordinairement les ulcérations étaient peu considérables, de 6 à 12 millimètres de diamètre, quelquefois moins. Celles qui avaient de plus grandes dimensions (et nous avons déjà vu que ces dimensions étaient quelquefois énormes), ne formaient que la quatrième partie des cas. Petites, elles étaient presque uniformément distribuées dans toute la longueur de l'intestin sur dix sujets; plus considérables, de 9 à 18 centimètres, ou quelque chose de plus en surface, cette disposition n'existait que dans un cas. Dans les autres, la fréquence des ulcérations diminuait du cœcum au colon ascendant, au transverse et au rectum, dans la proportion de 17, 11, 8, 4. Si maintenant, pour savoir la somme des cas dans lesquels il y avait des ulcérations dans chacune des parties de l'intestin, j'ajoute à ces nombres celui des petites ulcérations, nous aurons pour le cœcum, le colon droit, le transverse, le gauche et le rectum, 34, 37, 25, 8, 39 cas d'ulcération; c'est-à-dire qu'on en trouvait à peu près chez le même nombre d'individus, dans le rectum et dans le cœcum. Mais là se bor-

nait l'analogie entre ces deux parties de l'intestin, sous le rapport de la lésion qui nous occupe, et la différence était extrême relativement à la grandeur et au nombre des ulcérations.

Quand les ulcérations étaient petites, elles étaient assez généralement arrondies, avaient des bords plats, semblaient quelquefois faites comme par un emporte-pièce : leur fond était grisâtre, noirâtre, plus rarement d'un rose tendre; et, dans ce cas, je les aurais souvent méconnues, sans l'habitude où j'étais de laver exactement l'intestin. Ce fond était formé par la tunique sous-muqueuse épaissie, ou réduite à une lame extrêmement mince; quelquefois (dans trois cas seulement), par la tunique musculaire non altérée; ce que je n'ai pas observé pour les petites ulcérations de l'intestin grêle.

Au lieu d'être arrondies, les petites ulcérations et celles d'une moyenne grandeur étaient parfois très allongées, avaient de 3 à 6 centimètres de long, sur 4 à 6 millimètres de large, ou même moins; une direction transversale, longitudinale ou oblique. Ces différentes formes se trouvaient quelquefois réunies; et quand les ulcérations étaient nombreuses, rapprochées, et la membrane muqueuse intermédiaire plus ou moins épaissie, l'intestin avait assez exactement, sauf les dimensions, l'aspect d'une main couverte de larges crevasses.

Les grandes ulcérations avaient une forme plus ou moins irrégulière, dentelée ou étoilée; envahissaient, dans plusieurs cas, tout le pourtour du cæcum et du colon ascendant, du transverse et du rectum. Non seulement elles faisaient assez fréquemment le tour du cæcum et du colon droit, mais la même ulcération les occupait quelquefois dans toute ou presque toute leur étendue, dans une longueur de 25 centimètres et plus. (Obs. 4, 20.) Dans quelques cas il y avait, au milieu de ces vastes ulcérations, une zone d'intestin parfaitement saine, à cela près d'un

peu de ramollissement de la membrane muqueuse ; ou bien, on voyait çà et là des espèces d'îlots formés par des débris de membrane muqueuse et de tissu cellulaire réunis, plus ou moins épaissis. — Les autres parties de l'intestin ne m'ont offert d'aussi énormes ulcérations dans aucun cas. Les plus considérables que j'aie observées dans le rectum, avaient de 4 à 5 centimètres de hauteur, occupaient tout son pourtour, et se trouvaient immédiatement au-dessus de l'anus.

Les grandes ulcérations et celles de moyenne grandeur avaient une couleur grisâtre. Quelquefois un tissu cellulaire sous-muqueux, plus ou moins épaissi, dur et cassant, existait à la surface de ces dernières. Deux fois seulement je l'ai trouvé très ramolli. Le plus ordinairement il était détruit et la membrane musculaire mise à nu. Cette destruction était presque toujours complète et universelle, au niveau des grandes ulcérations. Ainsi découverte, la membrane musculaire était d'un gris plus ou moins foncé, toujours épaissie ; et cet épaississement allait quelquefois au-delà de 2 millimètres. Ses fibres étaient plus ou moins cassantes et dures, formaient des faisceaux saillants, séparés, dans quelques cas, par des granulations tuberculeuses, et offraient des traces de destruction commençante dans quelques points.

Parfois la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux réunis étaient décollés dans une plus ou moins grande étendue, au pourtour des ulcérations ; ou bien ils formaient des brides plus ou moins larges, jetées comme des espèces de ponts entre elles.

Quand les ulcérations étaient vastes, nombreuses, et la membrane musculaire mise à découvert dans une étendue considérable, elles avaient fréquemment une odeur fétide, semblable à celle des matières animales mises en macération depuis quelque temps, et les matières fécales étaient rougeâtres, troubles et liquides, quelquefois d'une couleur analogue à celle du mastic des vitriers. Parfois aussi, dans

les derniers jours de la vie, les matières fécales offraient ces caractères et l'odeur de macération indiquée. Si les ulcérations étaient en petit nombre, d'une médiocre largeur, et bornées au cœcum ou au commencement du colon, par exemple, les matières fécales étaient assez souvent molles, d'un couleur sale, quelquefois souillées de sang dans ces parties; tandis qu'elles étaient noirâtres et d'une belle couleur jaune dans le rectum. D'où il faut conclure qu'il n'est possible d'apprécier l'état de la membrane muqueuse du gros intestin, au moyen des matières fécales, que dans des cas assez rares.

Les ulcérations intestinales étaient fréquemment indépendantes, du moins dans leur première origine, de l'inflammation. Cela est évident, pour celle de l'intestin grêle, chez un grand nombre d'individus où elles étaient le résultat de la fonte des tubercules; car le développement de ceux-ci ne pouvait être attribué à l'inflammation de la membrane muqueuse, qui demeurait intacte à leur niveau, tant qu'ils n'étaient pas ramollis; et loin d'en être la cause, l'inflammation de cette membrane était, comme on l'a déjà vu, l'effet de la présence de ces granulations. Il en était encore de même dans quelques cas d'ulcération du gros intestin et par les mêmes raisons. Dans ceux où il est impossible de les rapporter à la fonte des tubercules, il serait encore difficile de les considérer comme l'effet, du moins unique, de l'inflammation, vu que l'inflammation ne se développe pas ordinairement par plaques isolées dans l'intestin. J'en ai donné la preuve, ce me semble, pour le colon, en parlant du ramollissement avec rougeur et épaississement de sa membrane muqueuse, puisqu'on l'observe presque toujours dans la plus grande partie de son étendue. Et relativement à l'intestin grêle, je remarquerai qu'encore que l'inflammation y soit beaucoup moins commune que dans le colon, les ulcérations y sont néanmoins plus

fréquentes encore ; que dans le cas où l'on croirait devoir les attribuer à l'inflammation, celle-ci aurait un caractère spécial, puisque, le plus ordinairement, elles existent sur des plaques.

Ces considérations se trouvent fortifiées par ce que j'ai dit au sujet de l'extrême rareté des ulcérations de l'intestin grêle, à la suite des maladies chroniques différentes de la phthisie ; car alors l'inflammation de la membrane muqueuse n'est pas moins fréquente que dans le cours de cette dernière affection.

M. Andral se demande comment a pu s'accréditer l'opinion, généralement répandue, que la fistule à l'anus est très fréquente chez les phthisiques, vu que, sur environ huit cents tuberculeux à divers degrés, il n'a rencontré qu'une seule fois une fistule à l'anus (1). Je n'ai pas été plus heureux que M. Andral, et je me rends parfaitement compte de l'erreur dans laquelle on est tombé par rapport à la fistule à l'anus, chez les phthisiques, par l'habitude où sont encore bien des médecins de faire des analyses de mémoire, c'est-à-dire d'essayer l'impossible, et de se refuser obstinément à compter là où, évidemment, l'on ne saurait s'en dispenser.

Ultérieurement à la première édition de mes recherches, j'ai observé, tant à la Charité qu'à la Pitié, les ulcérations du gros intestin dans une proportion plus considérable encore que celle que j'ai indiquée tout-à-l'heure ; puisque sur cent huit cas, je n'en ai trouvé que vingt dans lesquels cette lésion manquait.

A part les granulations tuberculeuses, j'ai observé, mais dans une proportion très différente, les lésions que nous venons de parcourir, chez les sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques différentes de la phthisie. Ainsi,

(1) *Clinique*, 4e édition, 4e vol., p. [illegible].

sur quatre-vingt-douze individus qui se trouvaient dans ce cas, treize offraient un plus ou moins grand nombre d'ulcérations dans une ou plusieurs parties du gros intestin; mais six d'entre eux avaient des tubercules dans les poumons, étaient phthisiques par conséquent; ce qui réduit les cas d'ulcérations à sept sur quatre-vingt-six individus. De ces sept exemples d'ulcérations, quatre appartenaient à des dysentériques; et, dans presque tous, les ulcérations avaient une petite étendue et des caractères un peu différents de ceux qui ont été indiqués. — Le ramollissement avec ou sans rougeur ou épaississement de la membrane muqueuse, existait chez le tiers des sujets, c'est-à-dire bien moins fréquemment que chez les phthisiques.

CHAPITRE IV.

DES GLANDES LYMPHATIQUES.

Les glandes lymphatiques étaient fréquemment tuberculeuses, quelquefois aussi plus ou moins rouges et augmentées de volume; bien rarement on y observait quelqu'autre lésion. Je vais les étudier dans leurs différentes régions, en commençant par les glandes du cou.

ART. I. — *Glandes cervicales.*

Les glandes cervicales étaient plus ou moins tuberculeuses chez la dixième partie des sujets, huit fois sur quatre-vingt d'entre eux. En même temps qu'elles étaient tuberculeuses, ces glandes avaient un volume plus considérable que dans l'état normal, une couleur rouge plus ou moins foncée là où la transformation tuberculeuse n'existait pas. (Obs. 9, 12, 40, 45.) La matière tuberculeuse formait comme des points ou des plaques plus ou moins étendues, n'y avait pas de forme déterminée, de manière que je ne l'y ai jamais observée sous forme de granulations opaques ou gri-

ses et demi-transparentes. Bien rarement la transformation était complète, et, dans aucun cas, le ramollissement de la matière tuberculeuse des ganglions qui nous occupent, n'était très avancé.

Dans un cas, observé plus tard, et dont il sera question au sujet de la phthisie aiguë, j'ai vu une glande cervicale envahie par une certaine quantité de matière grise demi-transparente.

Sur quatre des sujets dont il s'agit, la membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge plus ou moins vif : elle offrait même quelques petites ulcérations chez l'un d'eux. Chez les autres elle était parfaitement saine : en sorte que dans aucun des cas où elle était le siége des vastes ulcérations qui ont été décrites (Obs. 33, 34), il n'y avait de glandes cervicales tuberculeuses, et qu'ici, comme on le verra pour plusieurs cas de tubercules mésentériques, la transformation tuberculeuse doit être attribuée à une cause différente de l'inflammation de la membrane muqueuse à laquelle les glandes correspondent.

Dans un seul cas (Obs. 9), les glandes cervicales transformées en matière tuberculeuse, furent le siége de quelques douleurs, et la malade, objet de cette observation, m'a fourni le seul exemple, dont j'ai tenu note, de tubercules développés dans les glandes axillaires. Elle y éprouvait les mêmes douleurs qu'au cou.

Chez aucun sujet je n'ai vu les vaisseaux de cette partie comprimés par des ganglions cervicaux devenus tuberculeux; mais un fait de ce genre a été constaté par M. Tonnelé chez un enfant dont la veine cave supérieure était comprimée, près de sa division, par une tumeur tuberculeuse, qui lui faisait décrire des révolutions autour d'elle et déterminait la stase du sang, dans les jugulaires et jusque dans les sinus du cerveau (1).

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, Paris, 1829, t. V, p. 150.

ART. II. — Glandes bronchiques.

Les glandes bronchiques, que j'ai à peine mentionnées dans la première édition de mes recherches, subissent très fréquemment néanmoins la transformation tuberculeuse ; non pas seulement dans l'enfance, où, d'après tous les bons observateurs, cette transformation est encore plus fréquente que dans les poumons, mais aussi après quinze ans, dans l'âge adulte : de telle sorte qu'ayant recherché avec attention, depuis 1825, l'état des ganglions bronchiques sur soixante-dix sujets, je les ai trouvés tuberculeux, à divers degrés, chez vingt d'entre eux, ou dans la moitié des cas environ ; tandis que sur ce même nombre d'individus les ganglions mésentériques étaient tuberculeux dans vingt-trois cas seulement, et les cervicaux, dans vingt-et-un.

La fréquence des tubercules dans les ganglions bronchiques n'est pas la seule circonstance qui doive attirer l'attention de l'observateur sur ce point ; la situation de ces ganglions dans le voisinage des gros vaisseaux, des bronches, de l'œsophage et de la trachée-artère, est surtout digne de remarque puisque de cette situation peuvent résulter, comme on l'a vu chez les enfants, la compression de toutes ces parties et, par conséquent la difficulté de la respiration, de la déglutition, de la circulation, même des hémorrhagies mortelles.

Quoi qu'il en soit, les ganglions bronchiques devenus tuberculeux ont, chez l'adulte, un volume plus ou moins considérable, bien que moindre que dans l'enfance, où la compression de la trachée-artère et des bronches, par suite de leur développement, est loin d'être rare, comme nous le verrons tout-à-l'heure. Ainsi augmentés de volume, les ganglions bronchiques, à l'inverse de ce qui a lieu pour ceux des autres régions du corps, ne sont pas rouges dans les points non occupés par la matière tuberculeuse ; loin de là, ils ont une couleur grisâtre et noirâtre, ordinairement une consistance ferme et, dans quelques cas, on

en voit qui offrent une matière dure, comme crétacée, pierreuse, ou osseuse. Les ganglions ainsi altérés sont quelquefois, ainsi que l'a observé M. Andral, d'un petit volume, comme flétris, et on les trouve ordinairement, dans cet état, suivant le même médecin, chez des individus dont les poumons offrent aussi quelque chose d'analogue, ou des commencements de cicatrice, en sorte qu'on peut les croire en voie de guérison. Du reste, la marche de l'affection ganglionnaire est très variée et quelquefois très rapide, puisqu'on l'observe chez des individus dont la phthisie a duré moins de deux mois, et qu'il n'est pas possible de supposer, comme on le verra plus tard, au moins chez l'adulte, que cette affection soit antérieure à celle des poumons.

Chez les enfants, d'après les intéressantes recherches de MM. Rilliet et Barthez, auxquels j'emprunte les détails qui suivent (1), les ganglions bronchiques sont généralement enveloppés d'un kyste à parois minces, auxquelles adhère intimement une matière tuberculeuse. A une certaine époque, les kystes eux-mêmes adhèrent aux parties avec lesquelles ils sont en contact, beaucoup plus souvent aux bronches qu'aux poumons et aux vaisseaux, sans doute à cause du peu de résistance que ces parties présentent. Après l'union des ganglions, vient ordinairement le ramollissement de la matière tuberculeuse qu'ils contiennent, puis la communication du kyste ganglionnaire avec l'intérieur du canal bronchique. A cette époque, le kyste, qui avait été simple jusque là, est tapissé par une fausse membrane rouge, assez épaisse, unie intimement à la muqueuse bronchique, avec laquelle le point de jonction, disent MM. Barthez et Rilliet, ne peut être trouvé.

Sur les vingt-six observations qui forment la base de leur travail, ces médecins ont trouvé dix-huit fois un kyste tuberculeux communiquant avec les bronches ou le paren-

(1) *Archiv. de médecine*, t. vii, 1840; t. xv, 1842, p. 155.

chyme pulmonaire, et la communication avait lieu douze fois à droite et cinq fois à gauche; différence qu'ils attribuent à la plus grande largeur de la bronche droite et au plus grand nombre de ganglions qui l'entourent. La communication entre les bronches et le kyste était beaucoup plus fréquente qu'entre ce dernier et le tissu pulmonaire, dans le rapport de quinze à trois. Une fois, MM. Barthez et Rilliet ont observé le pneumo-thorax, par rupture du kyste bronchique, mais sans symptômes correspondants; et M. Berton, dans son mémoire couronné par la Société d'émulation, a donné un exemple de la perforation de l'artère pulmonaire par le même mécanisme (1).

ART. III. — Glandes mésentériques.

Elles étaient plus ou moins tuberculeuses sur vingt-trois des cent deux sujets chez lesquels je les ai examinées avec soin. Ainsi altérées, elles avaient un volume plus considérable que dans l'état naturel. Dans la majorité des cas la transformation n'était pas générale, les glandes n'étaient qu'en partie tuberculeuses (Obs. 9, 23, 24, 51); ou même elles n'offraient que quelques points miliaires de cette nature, tantôt au centre, tantôt à la circonférence. Ces points étaient disséminés au milieu d'un tissu ordinairement rouge et moins consistant que dans l'état naturel; le plus souvent ils formaient de petits aggrégats plus ou moins nombreux.

Toutes les glandes du mésentère n'étaient pas également atteintes de cette affection. Les plus rapprochées du cœcum en étaient le siége le plus ordinaire; et, dans les vingt-trois cas dont il a été question, je ne l'ai vue s'étendre à l'universalité des ganglions mésentériques qu'une seule fois. (Obs. 16.) Alors la transformation de chaque glande en particulier était complète, et il ne restait rien de son tissu primitif.

(1) *Traité pratique des maladies des enfants*. Paris 1843, page [illegible].

Évidemment, il n'y avait pas seulement ici production d'un tissu nouveau, mais transformation d'un tissu en un autre; à moins qu'on n'aime mieux admettre que celui de la glande avait été détruit par absorption, au moins en partie.

Dans un seul cas, j'ai trouvé, au milieu d'une glande mésentérique incomplètement tuberculeuse, une petite quantité de matière grise demi-transparente. Dans tous les autres, dès que j'ai pu distinguer quelque granulation miliaire, elle était jaunâtre, opaque, véritablement tuberculeuse. — Le développement de la matière tuberculeuse suivait donc ici une marche un peu différente de celle qui lui a été assignée par Laënnec, dans les poumons.

Les glandes mésentériques, devenues tuberculeuses, n'offraient pas d'autre altération organique. Une seule fois j'y ai vu, à côté de la matière tuberculeuse, une matière brillante, ferme, grenue, très analogue au cancer cérébriforme. (Obs. 4.)

Bien rarement les tubercules mésentériques étaient ramollis; ce qui tenait sans doute à leur peu d'ancienneté. Du moins cela est probable, en ce que, dans la plupart des cas, le développement de la matière tuberculeuse dans les glandes du mésentère est successif, partiel, encore récent dès lors à la mort des sujets, et que le ramollissement n'a guère lieu que quand la transformation dont il s'agit occupe toute la glande.

Mais quelle est la cause de la lésion qui nous occupe? Les glandes mésentériques, devenues tuberculeuses, avaient, comme il a été dit, un volume plus considérable que dans l'état ordinaire; quand elles ne présentaient qu'un petit nombre de points tuberculeux, leur tissu était d'un rouge plus ou moins vif et souvent un peu ramolli : mais aussi, dans quelques cas, les glandes, pour avoir un très léger excès de volume, n'avaient pas sensiblement changé de couleur et de consistance; en sorte que si, d'un côté, l'in-

flammation paraît avoir eu quelque influence sur le développement de la matière tuberculeuse qu'on y observait, de l'autre, dans un moins grand nombre de cas il est vrai, elle semble n'y avoir eu aucune part.

Maintenant, quelle que soit la cause immédiate de ces tubercules, tenaient-ils constamment à un état inflammatoire de la membrane muqueuse à laquelle ils correspondaient? Dans tous les cas où les glandes mésentériques étaient tuberculeuses j'ai trouvé des ulcérations dans l'intestin grêle, et ces ulcérations n'avaient pas eu lieu sans inflammation primitive ou consécutive de la membrane muqueuse correspondante; elles-mêmes étaient une cause perpétuelle d'irritation. Quand il n'y avait de tubercules que dans une portion du mésentère, c'était dans la partie voisine du coecum, celle à laquelle correspondaient le plus ordinairement les grandes ulcérations. Tout cela semble indiquer une liaison étroite entre les tubercules mésentériques, l'état de la membrane muqueuse et les ulcérations de l'intestin grêle. Mais dans plus de la moitié des cas les ulcérations étaient petites, et, quand elles étaient fort larges et par conséquent anciennes, la quantité de matière tuberculeuse n'en était pas plus considérable. Le seul cas dans lequel j'ai vu toutes les glandes mésentériques entièrement transformées en matière tuberculeuse, est celui d'un jeune homme dont l'affection était encore récente, qui n'eut que fort peu de dévoiement, chez lequel je trouvai la membrane muqueuse de l'intestin grêle parfaitement saine sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur. (Obs. 16.) La seule lésion qu'elle présentait (et sans doute on n'y attachera pas beaucoup d'importance relativement à l'objet qui nous occupe), était une ulcération arrondie de deux millimètres de diamètre, à bords pâles et plats, située dans le voisinage du coecum. D'où il faut conclure que si l'inflammation des glandes lymphatiques, celle de la membrane muqueuse et les ulcérations de l'intestin grêle qui y corres-

pendant, doivent être regardées comme cause occasionnelle des tubercules mésentériques dans certains cas, il en est d'autres où ces tubercules en sont indépendants.

On dira peut-être, relativement à l'observation que je viens de signaler, que l'affection tuberculeuse était chronique de sa nature, il est probable que celle du mésentère remontait à une époque antérieure au début de la maladie principale; que dès lors l'inflammation de la membrane muqueuse à laquelle on devait l'attribuer, avait pu disparaître. Mais ce serait répondre à un fait par une hypothèse et supposer comme constant ce qui ne l'est pas, puisque la matière tuberculeuse se développe quelquefois avec beaucoup de rapidité, comme nous le verrons en parlant de la marche de la phthisie. Ajoutons, par anticipation, que je n'ai rencontré de tubercules mésentériques que chez les phthisiques; que par cela même je ne saurais imaginer qu'ils aient devancé l'affection principale, et que dans le cas actuel il n'y avait eu à aucune époque de signe d'irritation bien marquée de la membrane muqueuse de l'intestin grêle.

La durée de la phthisie était sans influence sur le développement de l'affection qui nous occupe. Je l'ai observée aussi fréquemment chez les sujets dont la maladie était récente, datait d'un mois et demi à cinq mois, que dans les cas où elle s'était prolongée d'un à dix ans.

Quand elles n'étaient pas tuberculeuses, les glandes mésentériques avaient encore assez fréquemment un volume considérable et une couleur rouge plus ou moins vive. C'est une raison de croire que dans les cas où la matière tuberculeuse existait en même temps que l'inflammation, elle en avait été précédée.

Je n'ai recueilli aucun symptôme qui puisse être rapporté à l'affection qui nous occupe. Dans le cas déjà cité, où toutes les glandes mésentériques étaient complètement transformées en matière tuberculeuse, le malade n'avait point

ou de douleur à l'ombilic ; la pression, convenablement exercée, n'y avait fait sentir aucune tumeur. Néanmoins, si chez les phthisiques on venait à en découvrir une dans la région du mésentère, on devrait la considérer comme tuberculeuse, vu que dans aucun cas de cette espèce, je n'en ai trouvé d'une autre nature.

ART. IV. — Des glandes méso-coecales, méso-colites et lombaires.

Les glandes méso-coecales étaient un peu moins fréquemment tuberculeuses que celles du mésentère, et plus souvent que celles du méso-colon lombaire droit. Dans cet état elles étaient, comme les glandes mésentériques, plus ou moins augmentées de volume, rarement transformées dans toute leur étendue en matière tuberculeuse, et plus ou moins rouges là où cette transformation n'existait pas.

Cinq fois sur soixante sujets, j'ai rencontré la transformation des glandes lombaires en tubercules. Dans trois cas elle était complète, les glandes avaient le volume d'une noix, étaient fermes et sans le moindre ramollissement. Dans l'un d'eux, la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du colon était parfaitement saine, et aucune lésion des organes contenus dans la cavité de l'abdomen ne pourrait rendre compte de celle dont il s'agit. Le sujet de l'observation était une femme âgée de soixante-dix ans.

Dans aucun des cas qui font l'objet de cet article, je n'ai vu de granulation grise à *côté* de la matière tuberculeuse ; en sorte que le développement de celle-ci était le même que dans les glandes du mésentère. — Une seule fois j'ai trouvé les glandes du méso-colon lombaire droit converties en matière tuberculeuse.

La lésion qui vient de nous occuper paraît propre à la phthisie, au moins chez l'adulte ; car, sur quatre-vingt-dix-huit sujets morts de maladies chroniques de différentes espèces, dysenterie, etc., etc., je n'ai rencontré de glandes

lymphatiques tuberculeuses dans aucun cas. Toutefois il y a eu, dans un assez grand nombre d'entre eux, inflammation de la membrane muqueuse intestinale, quelquefois même ulcération, etc., etc.; nouveau motif de croire que l'inflammation des membranes muqueuses n'est ni la cause unique, ni la condition la plus importante de la transformation tuberculeuse des ganglions qui leur correspondent.

Cependant M. Andral cite une observation qui semble faire exception à la loi qui résulte des faits que je viens d'analyser; et bien que ce ne soit qu'un fait isolé, je crois devoir remarquer qu'il n'est pas aussi concluant qu'on pourrait le croire au premier abord. Il est bien vrai que, dans le cas dont il s'agit, les poumons étaient, au rapport de M. Andral, *parfaitement sains*; mais M. Andral ne dit pas un mot de plus à ce sujet, et il est permis de se demander, dans cette absence complète de détails, si les poumons étaient, en réalité, aussi sains que le dit le célèbre professeur; si l'on ne se serait pas borné à un examen un peu superficiel, si quelques granulations n'auraient pas échappé à des recherches rapides, comme on le voit si souvent. Et ces questions sont d'autant plus permises, que chez le sujet dont il s'agit, les intestins étaient réunis en une seule masse par des fausses membranes, qu'il y avait une péritonite chronique, péritonite qui est, comme on le verra plus tard, propre aux phthisiques.

CHAPITRE V.

APPAREIL BILIAIRE.

ART. I. — Du foie.

La transformation *graisseuse* du foie était la lésion la plus fréquente et la plus remarquable de ce viscère. Elle existait chez la troisième partie des sujets, quarante fois sur cent vingt d'entre eux. Dans cet état le foie était pâle, presque

toujours d'une couleur fauve plus ou moins tendre, piqué de rouge à l'extérieur comme à l'intérieur : il conservait la forme qui lui est propre, mais son volume était presque toujours augmenté, quelquefois même près de deux fois plus considérable que dans l'état naturel, et cette augmentation avait principalement lieu aux dépens de son grand lobe. Alors le foie recouvrait une grande partie de la face antérieure de l'estomac, occupait l'épigastre, dépassait les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt, atteignait, chez quelques sujets, la crête de l'os des iles et la rate, qu'il débordait même quelquefois. Dans un cas, je l'ai vu placé au milieu du ventre, et distant du pubis de 6 centimètres environ.

Sa consistance, à quelques exceptions près, relatives à des cas dans lesquels la lésion n'était pas encore très prononcée, était beaucoup moindre que dans l'état naturel; on le rompait très facilement, et il était quelquefois très mou. Dans les cas où la transformation était très avancée, il graissait le couteau et les mains comme l'aurait fait la graisse ordinaire; à un degré beaucoup moindre, on s'assurait qu'il était gras en plaçant une petite tranche de foie sur une feuille de papier, qu'on exposait à la flamme d'une bougie; un faible degré de chaleur opérait la fusion d'une petite quantité de graisse, qui imprégnait aussitôt le papier et décelait sa présence. — La lésion s'étendait constamment à la totalité de l'organe.

Les causes de la transformation graisseuse du foie me semblent aussi obscures que celles des autres maladies organiques. Sans donc prétendre à la solution de ce problème, je vais indiquer les principales circonstances au milieu desquelles s'opère la transformation qui nous occupe.

La première à remarquer, c'est que la transformation graisseuse du foie existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie; en sorte qu'on peut, jusqu'à un certain point, la considérer comme une dépendance de cette

affection. Sur deux cent trente sujets morts de maladies aiguës ou chroniques autres que la phthisie, à peu près en nombre égal, je n'ai trouvé que neuf exemples de foie gras; et, de ces neuf exemples, sept sont relatifs à des individus qui avaient un certain nombre de tubercules pulmonaires. En réunissant les neuf cas dont il s'agit aux quarante précédemment indiqués, nous avons quarante-neuf exemples de foie gras, les seuls que j'aie recueillis dans l'espace de trois années, parmi lesquels quarante-sept chez les phthisiques. Assurément il est peu de phénomènes dont la dépendance est incontestable, pour lesquels les faits parlent d'une manière plus unanime.

Le sexe est encore une des causes qui favorisent la transformation graisseuse du foie; car, sur les quarante-neuf cas dont il vient d'être question, dix seulement sont relatifs aux hommes; de manière que la proportion des foies gras chez eux et chez les femmes était, à très peu de chose près, comme 1 à 4. A la vérité, les exemples de phthisie étaient un peu plus fréquents chez ces dernières que chez les hommes, dans la proportion de 66 à 57; mais cette différence n'est pas assez considérable pour altérer bien sensiblement le rapport indiqué, et ma proposition n'en reste pas moins exacte.

La force ou la faiblesse de la constitution n'avait aucune influence sur la lésion qui nous occupe, et il en a été de même relativement à l'âge. Des quarante phthisiques dont j'ai parlé, dix-huit avaient de vingt à trente ans; treize, de trente à quarante; cinq, de quarante à cinquante; trois, de cinquante à soixante; et un, de soixante à soixante-dix: proportion qui est à peu près la même que celle de la phthisie aux différents âges de la vie.

Je ne mets pas non plus au nombre des causes qui favorisent le développement de l'état gras du foie les maladies du duodénum, vu qu'elles étaient rares, et tout autant chez les sujets dont le foie avait subi la transformation

qui nous occupe, que chez ceux qui l'avaient parfaitement sain.

La transformation graisseuse du foie peut être très prompte. Je l'ai observée dans des cas où la phthisie avait parcouru toutes ses périodes en cinquante jours. (Obs. 51.) La marche plus ou moins rapide de l'affection tuberculeuse n'a pas même apporté de différence sensible dans la proportion des foies gras : elle était la même dans les cas où la maladie avait duré quelques mois seulement, et dans ceux où elle existait depuis plusieurs années.

Toutefois, si j'admets que le passage du foie à l'état gras peut être aigu ou chronique, c'est seulement à cause de la dépendance qui existe entre cette lésion et la phthisie; car nous manquons de signes capables de la faire reconnaître à une époque quelconque de sa durée. En vain j'ai été au-devant des symptômes qui pourraient lui appartenir, je n'en ai recueilli aucun ; les malades n'éprouvaient pas de douleurs dans l'hypochondre droit; la pression sur le foie, quand il dépassait le bord des côtes, n'en produisait pas davantage; et si elle était douloureuse à l'épigastre, dans les cas où le foie l'occupait, on en trouvait la raison dans l'état de la membrane muqueuse de l'estomac. Une seule fois j'ai vu la couleur de la peau altérée. Le sujet de l'observation était une femme de trente ans (Obs. 53), chez laquelle la phthisie eut, tout à la fois, une marche très obscure et très lente. Cette femme avait habité l'Angleterre pendant quelques années, et, au milieu du cours de l'affection principale, elle eut des picotements dans l'hypochondre droit, et quelques autres symptômes qui firent soupçonner une maladie du foie. On opposa à cette maladie des purgatifs et du mercure doux : la couleur de la peau s'altéra insensiblement, et, quand je vis la malade, elle était colorée d'une faible nuance jaune, à part la figure, qui avait une teinte bistre, inégale : les sclérotiques avaient conservé la couleur blanche qui leur est naturelle,

et cette circonstance, comme je le dirai plus tard, doit nécessairement jeter des doutes sur la cause présumée de l'altération de la couleur de la peau.

Dans cette absence de symptômes propres, une seule circonstance peut faire soupçonner l'état pathologique du foie : je veux parler de l'augmentation de son volume, puisqu'elle existe presque toujours dans le cas dont il s'agit.

Le foie, qui était gras, ne présentait aucune autre espèce de lésions organiques. Celles-ci, d'ailleurs, y étaient fort rares. Ainsi, deux fois seulement j'y ai observé une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse. (Obs. 9.) Chez deux jeunes gens de dix-huit à dix-neuf ans, il offrait, à l'intérieur, un assez grand nombre de kystes d'un petit volume, de 2 à 6 millimètres de diamètre, d'une consistance faible, de manière à ne pouvoir être séparés des parties environnantes, avec lesquelles ils adhéraient peu cependant, qu'avec beaucoup de précautions. Ces kystes avaient environ un millimètre d'épaisseur et contenaient une matière verdâtre, comme pulpeuse. Je n'ai rencontré cette espèce de kyste que dans le foie et chez les phthisiques.

Chez un autre sujet (une femme de vingt-neuf ans), le moyen lobe était détruit et remplacé par un kyste fibreux, irrégulièrement arrondi, d'un volume à peu près double de celui du lobe auquel il correspondait, dont l'enveloppe avait un millimètre et souvent bien moins d'épaisseur. Ce kyste, d'un blanc jaunâtre, contenait un liquide incolore, un peu louche, d'une médiocre densité, au milieu duquel flottaient une centaine de petits corps libres et mous, arrondis, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une petite cerise. Ces petits corps (hydatides) étaient formés par une membrane mince, contenant un liquide clair, et le kyste lui-même était tapissé, dans toute son étendue, par une membrane blanche, opaque, de la consistance du blanc d'œuf cuit, d'un millimètre à un millimètre et demi

d'épaisseur, très peu adhérente, juxta-posée pour ainsi dire, lisse et polie comme une membrane séreuse, par son côté adhérent, d'un aspect mat à sa face interne. Celle-ci présentait cinq renflements allongés, de 9 à 12 centimètres de surface, de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, inégaux, bosselés, ayant l'aspect de l'albumine concrétée à la surface d'un œuf ébréché. Le parenchyme sur lequel le kyste était appliqué n'offrait aucune espèce d'altération.

La consistance du foie était très variable. Tantôt mou, tantôt plus ferme que dans l'état ordinaire, il unissait quelquefois à une certaine dureté une friabilité remarquable, et, dans aucun cas, l'histoire la plus détaillée de la maladie n'offrait de symptômes qui pussent être rapportés à cet état.

Un des sujets dont j'ai donné l'histoire (Obs. 7) était l'exemple (alors unique pour moi) d'un foie emphysémateux, plus léger que les poumons, ayant à peine le volume qui lui est naturel.

Tout ce qui vient d'être dit sur la transformation graisseuse du foie se trouve confirmé par les faits que j'ai recueillis depuis quinze ans. Et, pour ne citer que ceux que j'ai observés à l'hôpital de la Charité après la publication de mes recherches, je dirai que sur cinquante-quatre phthisiques, le foie était gras treize fois, et seulement chez les femmes, qui se trouvaient au nombre de trente; que chez le même nombre de sujets il y eut six cas de tubercules, et que dans aucun d'eux le foie n'avait subi la transformation graisseuse.

Rapproché de ces faits, l'état gras du cœur observé par M. Bizot est bien digne d'attention. D'une part, en effet, cet état n'existait pour ainsi dire que chez les phthisiques, étant tout-à-fait rudimentaire chez ceux qui avaient succombé à des maladies d'une espèce différente; et, de l'autre, il n'avait lieu que chez les femmes; de manière que la

phthisie, qui dessèche si complétement les tissus, est néanmoins la condition la plus nécessaire de la transformation graisseuse de quelques organes; que le sexe féminin est surtout favorable à cette transformation.

L'espèce d'incompatibilité qui existe entre l'état gras du foie et les tubercules qu'on y observe dans quelques cas, rappelle un fait consigné par le docteur Reynaud dans son mémoire déjà cité sur la phthisie des singes; savoir: que le foie de ces animaux, qu'il a si souvent trouvé tuberculeux, ne lui a jamais offert de transformation graisseuse; ce qui ferait croire, ajoute-t-il, que l'état gras du foie, qui est presque exclusivement lié à la phthisie chez l'homme, ne participe pas de la nature tuberculeuse (1).

ART. II. — De la bile et de la vésicule biliaire.

Chez la troisième partie des sujets dont le foie était gras, la *bile de la vésicule* avait une couleur noirâtre, une consistance poisseuse semblable à celle de la mélasse, ne coulait plus, tenait en quelque sorte le milieu entre les corps solides et les liquides. Chez le second tiers, elle était encore très épaisse, mais à un degré moins considérable; chez le dernier, elle avait la couleur et la consistance qui lui sont naturelles. En général, elle était d'autant moins abondante qu'elle était plus épaisse.

Toutefois, l'épaississement de la bile à un degré qui lui donne, au premier aspect, de la ressemblance avec la mélasse, n'est pas propre aux phthisiques dont le foie est gras. On le rencontre encore avec d'autres états de ce viscère, mais

(1) M. le docteur Bowman, de Londres, a fait connaître, dans le numéro de janvier 1842 de la *Lancette anglaise*, un fait intéressant, savoir : que dans l'état naturel le foie contient un peu de graisse, en sorte que l'état gras de ce viscère ne serait qu'une sorte d'hypertrophie. J'ignore toutefois si les poumons des sujets dont le foie a été soumis à l'observation de M. Bowman, ont été examinés avec attention, s'ils étaient complétement exempts de tubercules, circonstance importante et qu'il faut nécessairement connaître avant de se prononcer sur la valeur du fait constaté par le médecin anglais.

dans une proportion beaucoup moins grande. Ainsi, sur trois phthisiques dont le foie était sain, la bile avait la consistance dont il s'agit ; et j'ai fait la même remarque sur des sujets morts d'autres maladies chroniques, dont le foie était dans l'état naturel : cinq, sur soixante-dix, avaient la bile de la vésicule d'une consistance demi-solide, pareille à celle de la mélasse.

Il n'y avait aucun rapport entre l'état de la bile et celui de l'estomac. La bile était extrêmement épaisse dans les cas les plus variés ; quand la membrane muqueuse de l'estomac était ramollie, amincie, enflammée, ou dans l'état naturel : chez les sujets qui avaient conservé une partie de leur appétit jusque dans les derniers jours de leur existence, et chez ceux qui l'avaient perdu bien avant le terme total ; chez ceux qui avaient eu des vomissements de plus ou moins longue durée, et chez ceux qui en avaient été exempts.

Dans aucun cas, la bile du canal cholédoque ne m'a paru sensiblement altérée.

Les *parois* de la vésicule biliaire étaient rarement le siége de quelque lésion. Deux fois je les ai trouvées plus ou moins épaissies par suite de l'infiltration d'une certaine quantité de sérosité ; deux autres fois l'épaississement reconnaissait une autre cause. Dans un de ces derniers cas (Obs. 48), le fond de la vésicule adhérait aux parois de l'abdomen, et, dans le point correspondant, la membrane muqueuse était détruite dans la largeur de 3 centimètres environ. Pareille destruction, mais moins considérable, existait près du col. Dans le reste de son étendue, cette membrane avait un demi-millimètre d'épaisseur, et, sauf les dimensions, offrait assez bien l'aspect des vessies à colonnes : le tissu cellulaire sous-muqueux n'était pas moins épaissi, il était cassant au niveau des ulcérations ; la vésicule contenait environ deux cents calculs, dont le plus gros avait le volume d'un pois et le plus petit celui d'un grain de millet. Deux

années avant sa mort, le sujet avait eu de vives douleurs au niveau de la vésicule, et des jaunisses qui s'étaient renouvelées plusieurs fois pendant onze mois.

Trois femmes âgées de trente, trente-quatre et soixante ans, offraient, au milieu d'une assez grande quantité de bile, un nombre considérable de calculs, sans altération des parois de la vésicule. Aucun symptôme n'avait annoncé leur présence, et les malades étaient mortes à différentes époques de l'année, au printemps, en été et en automne.

J'ai aussi rencontré sur des sujets morts de diverses affections chroniques, et principalement chez ceux qui avaient été affectés d'une maladie du foie (peut-être hépatite chronique), des calculs biliaires, l'épaississement et l'ulcération des parois de la vésicule. Ces lésions y étaient même un peu plus fréquentes que chez les phthisiques. Les calculs biliaires n'étaient pas toujours accompagnés d'ulcérations; mais je n'ai jamais observé ces dernières sans qu'il y eût, en même temps, un plus ou moins grand nombre de calculs dans la vésicule. On en trouvait encore dans la majeure partie des cas où la membrane muqueuse était simplement épaissie.

CHAPITRE VI.

DE LA RATE.

Si l'ignorance où nous sommes des usages de la rate rend l'étude de ses lésions moins intéressante que celle des autres organes, leur nombre et leur fréquence sont du moins faits pour exciter le zèle des observateurs, et c'est pour cette raison que je n'ai pas cru pouvoir me dispenser de faire l'énumération de celles que j'ai rencontrées dans ce viscère. Ces lésions étaient des altérations de consistance, de volume, ou des produits accidentels.

Ces produits accidentels étaient au nombre de deux : l'un, le tuberculeux, existait dans la quatorzième partie des cas, sept fois sur quatre-vingt-dix sujets dont la rate a été examinée avec soin. (Obs. 6, 7, 9.) Les tubercules étaient excessivement nombreux, d'un volume qui variait entre celui d'un grain de chènevis et d'une aveline, dans un des cas. Dans tous, un seul excepté, ils étaient plus ou moins exactement arrondis, jaunâtres, opaques, d'un aspect mat, en tout semblables aux tubercules développés dans les poumons. Ils n'étaient point enkystés, et le tissu de l'organe était sain dans tout leur pourtour. Les deux sujets qui en offraient le plus en avaient aussi beaucoup dans d'autres parties du corps, le mésentère, le cou, les aisselles et même le cerveau. (Obs. 9.) Dans aucun cas je n'ai observé de matière grise demi-transparente à côté des tubercules. Dans l'un d'eux, la matière tuberculeuse n'était point développée sous forme arrondie et avait des caractères un peu différents de ceux qu'elle présentait dans les autres. Le sujet de l'observation était un homme de trente-sept ans, dont la maladie dura cinq mois, chez lequel la rate avait un volume un peu plus considérable que dans l'état naturel, adhérait au diaphragme dans une certaine étendue, était enveloppée, dans tout son pourtour, par une fausse membrane cartilagineuse, d'un millimètre ou à peu près d'épaisseur. Sous cette membrane, dans la partie correspondante à la face externe de la rate, se trouvait un tissu jaunâtre, d'un aspect mat, sans structure déterminée, très ferme, très difficile à déchirer, assez semblable, pour l'aspect, aux semelles de chamois, ayant la forme d'un segment de sphère de 14 centimètres de diamètre, mince à sa circonférence, d'un peu moins de 3 centimètres d'épaisseur au centre.

Je n'ai observé qu'une fois la seconde espèce de produits accidentels. C'étaient des granulations arrondies, jaunâtres, luisantes, élastiques, humides, très différentes de la

matière tuberculeuse, placées irrégulièrement au milieu de la rate, qui était ramollie et augmentée de volume.

Ce *volume* était extrêmement variable; bien moindre que dans l'état naturel chez quinze sujets, beaucoup plus considérable, double, triple, quadruple et même au-delà, chez seize autres. — J'ai cherché s'il y avait quelque rapport entre cette augmentation de volume de la rate et les fièvres intermittentes ou continues, éprouvées par les malades à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal, et je suis arrivé à un résultat négatif. La rate était fort petite chez la plupart des sujets qui avaient eu des fièvres d'accès ou continues graves; deux fois seulement je l'ai trouvée volumineuse dans le premier cas, et une fois dans le second.

Sa *consistance* ne variait pas moins que son volume. Elle était bien plus considérable que dans l'état naturel sur dix sujets; et dans tous les cas, à l'exception d'un seul, le même degré de densité existait dans toute l'étendue de la rate. A l'augmentation de consistance, se joignait, chez la majeure partie des individus, celle du volume, quelquefois aussi une friabilité remarquable. Le ramollissement au même degré, ou même à un degré plus considérable que dans l'affection typhoïde, existait sur huit des quatre-vingt-dix sujets dont il a été question.

Afin de savoir si on pouvait attribuer à la phthisie quelque influence sur les différents états de la rate que je viens d'indiquer, je les ai rapprochés de leurs analogues chez des sujets qui avaient succombé à des affections aiguës ou chroniques de toute espèce. Chez ces derniers, l'augmentation du volume de la rate existait dans la même proportion que chez les phthisiques, et l'amoindrissement de ce viscère était tout à la fois plus considérable et plus fréquent. Sur cent soixante sujets, dont j'excepte ceux qui sont morts d'affection typhoïde, cinquante avaient la rate d'un petit volume. Parmi eux, vingt et un présentaient cette diminution

de volume à un degré très considérable, et avaient succombé à la péripneumonie ou à quelque maladie du cœur ; ce qui indique que les dimensions de la rate sont assez indépendantes de l'embarras de la circulation. La proportion des ramollissements était plus considérable après les maladies aiguës qu'à la suite des affections chroniques, et, en somme, à peu près la même que chez les phthisiques. — Dans aucun des cas dont il s'agit, je n'ai rencontré de tubercules dans la rate.

Sur soixante-quatre phthisiques observés à la Charité, de 1825 à 1827, six offraient un nombre plus ou moins considérable de tubercules dans la rate ; et tous, à une exception près, en avaient aussi dans le foie. En outre, chez l'un des sujets dont il s'agit, des granulations grises demi-transparentes étaient mêlées aux granulations jaunes tuberculeuses ; nouveau fait à ajouter à tant d'autres qui montrent qu'il ne faut pas un organe vésiculaire comme le poumon, pour la production des granulations grises demi-transparentes.

CHAPITRE VII.

APPAREIL DES VOIES URINAIRES.

Cet appareil présentait rarement quelque lésion remarquable.

J'ai souvent observé les *capsules surrénales* avec soin ; et la seule lésion qu'elles m'aient offerte, a été, dans deux cas, une petite quantité de matière tuberculeuse non ramollie. — Je n'en ai jamais rencontré dans les mêmes organes, sur des sujets morts de maladies chroniques différentes de la phthisie.

Les *reins*, sous le triple rapport de la consistance, de la couleur et du volume, étaient parfaitement sains dans les trois quarts des cas. Seize fois seulement, sur quatre-vingt-

dix sujets, je les ai trouvés un peu plus rouges que dans l'état naturel. Trois fois leur consistance était considérablement augmentée. Des kystes séreux d'un petit volume y étaient développés sur quatre sujets. (Obs. 19.) Dans trois cas ils offraient une certaine quantité de matière tuberculeuse, et, dans l'un d'eux, cette lésion se continuait dans l'uretère correspondant. La rareté des faits de ce genre m'engage à donner l'histoire de celui que j'ai observé.

1re OBSERVATION.

Un perruquier, âgé de vingt-quatre ans, scrofuleux, d'une constitution délicate, né de parents sains, eut, à l'âge de douze ans, une entorse au pied droit. Après avoir été assez vives pendant deux années, ses douleurs cessèrent et ne reparurent que de loin en loin. Des fistules établies autour de l'articulation tibio-tarsienne, versaient, presque sans interruption, dans les quatre dernières années, une certaine quantité de pus. Le malade n'en avait pas moins continué ses occupations et souvent fait de longues courses, sans inconvénient. Il toussait et crachait depuis dix-neuf mois, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 16 février 1822. Au début de la toux, des douleurs très vives, dans le côté droit de la poitrine, avaient amené l'application d'un grand nombre de sangsues vis-à-vis le point douloureux. Il n'y avait pas eu d'hémoptysie, et la dyspnée ne remontait guère au-delà de six mois. L'appétit avait diminué depuis plus d'un an, et, dans les quatre derniers mois, l'anorexie était devenue complète, la soif vive, la diarrhée fréquente. Le malade ne se rappelait pas avoir eu de sueurs; il accusait des frissons depuis quinze jours.

Le 17 février: dernier degré de marasme, faiblesse considérable; point de céphalalgie, de douleurs dans les membres ou dans les reins; facultés intellectuelles bien développées; parole brève, voix claire, respiration accélérée, toux médiocrement fréquente, quelquefois par quintes; cra-

chats peu abondants, verdâtres, opaques; percussion claire dans toute l'étendue de la poitrine; retentissement, pectoriloquie entre les épaules et sous l'aisselle droite; peau sèche, chaleur vive dans la soirée; ni sueur, ni frissons la nuit précédente, pouls médiocrement accéléré; langue nette et naturelle au pourtour, soif vive, anorexie presque complète, épigastre indolent; de loin en loin quelques nausées à la suite de la toux; quatre selles liquides, vents accompagnés de coliques.

Les jours suivants, la diarrhée devint un peu plus forte, mais les autres symptômes ne changèrent pas sensiblement. Il y eut un peu de surdité du 12 au 15 mai, jour de la mort, et, après vingt-quatre heures de délire, le malade mourut.

Ouverture du cadavre, trente-six heures après la mort. *État extérieur.* — Rien de remarquable. (Le cerveau fut enlevé pour servir à des recherches anatomiques.)

Poitrine. — Les deux poumons adhéraient supérieurement et en arrière à la plèvre costale. Il y avait, au sommet de celui du côté gauche, une petite excavation tuberculeuse, et, dans le reste de son étendue, beaucoup de granulations grises demi-transparentes, autour desquelles le tissu pulmonaire était parfaitement sain. En faisant une incision du sommet à la base de l'organe, on voyait une foule d'ouvertures arrondies, qui n'étaient autre chose que les orifices des bronches plus ou moins épaissies et uniformément dilatées, jusque près de la surface du poumon. Les mêmes lésions existaient à droite; mais, de ce côté, l'excavation du sommet du lobe supérieur était peu considérable, les granulations encore plus nombreuses, les bronches plus dilatées qu'à gauche. — Le cœur avait un médiocre volume.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac

était rouge autour du cardia ; l'intestin grêle offrait quelques ulcérations, et il y en avait de fort larges dans le cœcum. Le colon et les autres viscères de l'abdomen, à l'exception du rein droit, étaient dans l'état naturel. Ce rein avait la position et le volume qui lui sont ordinaires, était jaunâtre et bosselé dans son tiers supérieur, n'offrait rien de remarquable au-dessous. L'uretère correspondant était dur, avait 8 millimètres de diamètre environ, perdait de sa largeur et de sa densité en approchant de la vessie. Le tissu propre du rein était détruit dans son tiers supérieur, et remplacé par une matière jaunâtre, opaque, véritablement tuberculeuse, qui reposait sur une fausse membrane de même nature. Celle-ci se prolongeait inférieurement, tapissait le bassinet et l'uretère, aux parois duquel elle était fortement appliquée. Ferme à sa face adhérente, elle devenait molle et friable à mesure qu'on s'approchait de sa surface libre, avait 1 à 2 millimètres d'épaisseur, était plus consistante dans l'uretère que partout ailleurs.

Par extraordinaire j'ai omis d'examiner la vessie, en sorte que j'ignore si la fausse membrane tuberculeuse se prolongeait jusque dans sa cavité. Bien que la chose ne me paraisse pas probable, vu que l'épaisseur et la dureté de l'uretère diminuaient en approchant de la vessie, je m'abstiendrai de toute espèce de conjecture à cet égard.

Des deux autres sujets, l'un était un jeune homme de dix-huit ans, d'une assez bonne constitution, ordinairement bien portant, non sujet au rhume, et qui succomba à la phthisie après sept mois de maladie. On trouva, entre autres lésions, à l'ouverture de son corps, un grand nombre d'ulcérations dans l'un et l'autre intestin, des granulations tuberculeuses et un tænia dans la portion du jéjunum voisine de l'iléum, beaucoup de tubercules dans le mésentère, les deux reins plus rouges que dans l'état ordi-

naire, et, au sommet de celui du côté droit, un tubercule non enkysté, un peu ovalaire, long de 3 centimètres dans son plus grand diamètre, d'un jaune citrin et d'une bonne consistance.

Le troisième sujet était encore un jeune homme. Il était d'une constitution faible, et succomba cinq mois après le début de la phthisie. Chez lui la membrane muqueuse du canal intestinal était parfaitement saine sous le rapport de la fermeté, de la couleur et de l'épaisseur; le mésentère dépourvu de tubercules. Il y en avait beaucoup sur les côtés de la colonne lombaire, autour du détroit supérieur et le long du cou. Un des cônes tubuleux, placé au sommet du rein droit, était entièrement converti en matière tuberculeuse un peu ramollie au centre. Un autre cône, voisin du précédent, offrait encore une petite quantité de la même matière, infiltrée çà et là. Le tissu intermédiaire était sain.

Dans ces deux derniers cas, où j'ai noté l'état de la membrane muqueuse de la vessie et des uretères, je l'ai trouvée parfaitement saine. Nul moyen, dès lors, d'attribuer à son inflammation le développement de la matière tuberculeuse des reins. Et, dans l'observation précédente, comment regarder la fausse membrane qui tapissait le bassinet et l'uretère comme le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, inflammation dans laquelle plusieurs médecins font consister le développement des tubercules?

J'ai trouvé la membrane muqueuse de la *vessie* très légèrement injectée dans quelques cas, sans être ramollie d'une manière évidente; et, dans aucun, parmi les cent vingt cas qui forment la base de mon travail, le tissu sous-muqueux et la membrane musculaire de la vessie ne m'ont offert de lésions organiques appréciables. Il en a encore été de même pour soixante autres cas observés ulté-

rieurement à l'hôpital de la Charité : mais sur deux cents sujets ouverts depuis, et dont la membrane muqueuse de la vessie a été décrite avec soin, j'ai trouvé deux exemples d'ulcérations tuberculeuses de cet organe. L'un d'eux m'a été fourni par un homme de trente-cinq ans qui mourut à l'hôpital de la Pitié, après y être resté quelques jours seulement, sans qu'on ait pu savoir exactement la durée de son affection. Sa vessie était du volume du poing, contenait une urine trouble et roussâtre, et offrait, à l'intérieur, une surface inégale, d'un blanc jaunâtre, sans trace de membrane muqueuse, de la forme d'un triangle curviligne, dont la base, tournée en arrière, avait de 50 à 60 millimètres, tandis que la hauteur était moindre de moitié. La matière qui formait le fond de l'ulcération avait tous les caractères de la matière tuberculeuse, et 2 millimètres, un peu plus ou un peu moins, d'épaisseur : on trouvait au-dessous des granulations tuberculeuses de près de 2 millimètres de diamètre, et le tissu cellulaire intermédiaire était parfaitement sain.

Les faits que j'ai recueillis, ultérieurement à la publication de ces recherches, à l'hôpital de la Charité, confirment ce qui précède sur la rareté des tubercules des reins. Deux fois seulement, en effet, j'y ai rencontré, sur cinquante individus, des tubercules dans ces viscères ou dans les capsules surrénales. Ces tubercules étaient crus, arrondis, peu nombreux, et, au sommet du rein gauche, on voyait, dans un cas, une matière grise demi-transparente, continue avec une matière jaune, noirâtre, du volume d'une noix, ramollie, aréolaire, au centre de laquelle se trouvait un liquide jaunâtre et clair. Plus tard encore, sur trente sujets, la plupart hommes, dont l'autopsie a été faite avec beaucoup de soin à l'hôpital de la Pitié, aucun ne m'a offert de tubercules ou de granulations grises demi-transparentes dans les reins.

Ce résultat est d'ailleurs en harmonie avec ce que dit M. Rayer dans son grand ouvrage sur les maladies des reins ; ouvrage dans lequel, tout en affirmant que les tubercules des reins sont moins rares qu'on ne le croit ordinairement, il déclare cependant qu'ils sont loin d'être fréquents.

Une autre lésion beaucoup plus rare encore dans la phthisie que les tubercules rénaux, c'est la *transformation graisseuse* des reins. Sur deux cent quatorze cas observés par moi, j'ai constaté cette transformation une seule fois. C'était à l'hôpital de la Pitié, chez un homme âgé de soixante ans, mort après cinq mois de maladie. Aucun symptôme n'avait eu lieu, en apparence du moins, du côté des voies urinaires ; et, à l'autopsie, je trouvai le rein gauche adhérent d'une manière intime au petit psoas et à la rate, transformé en une masse graisseuse, plus volumineuse, d'un tiers, que le rein droit. La transformation était universelle, à part le sommet, dans une épaisseur de 5 millimètres et une surface de 6 à 7 centimètres, où la substance du rein avait conservé ses caractères ordinaires. Les calices existaient encore, parfaitement reconnaissables, tandis que le bassinet avait disparu et était transformé en un cordon qui se continuait jusqu'à la vessie, sans conduit intérieur. Le tissu graisseux avait retenu, dans beaucoup de points, la forme des cônes tubuleux, et, à leur circonférence, à une certaine distance de leur sommet, on trouvait comme des lames de tissu cellulaire, distinctes par leur couleur bleuâtre et luisante. D'ailleurs, chaque cône de substance graisseuse se laissait pénétrer assez aisément par le doigt, à peu près comme un rein ramolli.

Bien que ce fait soit le seul de cette espèce qui se soit présenté à mon observation, il est digne d'attention, en ce qu'il est une nouvelle preuve de la tendance de nos organes à la transformation graisseuse, chez les phthisiques.

Sur près de cinq cents sujets morts de toute espèce de

maladies, j'ai examiné les reins avec soin, sans y trouver la moindre parcelle de matière tuberculeuse ou de graisse. Cependant un habile observateur, M. Rayer, dit, dans l'ouvrage déjà cité (1), avoir rencontré, bien que rarement, des tubercules dans les reins, sans qu'il y en eût dans les poumons. J'ai cherché vainement un exemple de cette disposition dans l'ouvrage de M. Rayer, où j'ai trouvé seulement un cas de tubercules rénaux chez un sujet qui n'avait, à la vérité, que deux granulations grises dans les poumons. Mais ce cas n'est pas une exception, et je me demande si les quelques faits dont parle M. Rayer m'auraient échappé. D'ailleurs, dans ces cas, les autres lésions étaient les mêmes qu'à la suite de la phthisie. — A quatre exceptions près, j'ai aussi constamment vu la membrane muqueuse de la vessie parfaitement saine chez les sujets non tuberculeux, à part les cas de cancer de l'utérus, dans un certain nombre desquels j'ai trouvé, dans le bas-fond de la vessie, des productions membraneuses régulières, que j'ai décrites dans le répertoire de M. Breschet.

CHAPITRE VIII.

DES ORGANES GÉNITAUX.

ART. I. — Des organes génitaux de l'homme.

Dans le petit nombre de cas où j'ai observé la verge des phthisiques, je n'y ai rien vu de remarquable. Mais, sur quarante sujets dont la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférents ont été scrupuleusement examinés, trois offraient une plus ou moins grande quantité de matière tuberculeuse dans la prostate; et chez l'un d'eux (celui qui

(1) *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire*. Paris, 1840.

fait l'objet de l'observation suivante), cette matière existait à la fois dans la prostate, les vésicules séminales et les conduits déférents.

VI° OBSERVATION.

Un tailleur allemand, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution peu forte, mais rarement malade, ayant la peau blanche, les cheveux blonds, les formes régulières, et peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité le 27 octobre 1824. Il était malade depuis quinze jours, avait été pris, dès le début, au milieu d'une santé parfaite et sans cause apparente, d'une hémoptysie assez forte, qui avait continué depuis, malgré deux saignées, le repos et la diète : la toux avait paru en même temps; il s'y était joint de la chaleur et des sueurs copieuses pendant la nuit; l'appétit avait diminué, la soif était devenue considérable. Il n'y avait eu ni ardeur ni douleur de poitrine.

Le 28 ; toute l'habitude du corps, les lèvres et la langue étaient décolorées, les forces abattues, la respiration un peu accélérée, la toux assez fréquente, une partie du crachoir occupée par un sang plus ou moins spumeux, liquide et noirâtre ; la percussion de la poitrine était sonore, la respiration claire, un peu moins forte sous les clavicules immédiatement que partout ailleurs ; le pouls peu développé, légèrement accéléré (quatre-vingt-dix pulsations par minute); la chaleur comme dans l'état naturel ; la soif assez considérable, l'appétit très déprimé, le ventre indolent, les selles rares. (*Saignée de 240 grammes, émulsion légère bis; pédiluve sinap.*)

L'hémoptysie cessa tout-à-fait le 30, et ne reparut pas ensuite.

Dans les trois mois suivants, c'est-à-dire jusqu'au 5 février 1825, jour de sa mort, la toux fut ordinairement très forte la nuit, les crachats abondants, formés par un liquide clair, unis, vers la fin de novembre et dans le mois

suivant, à quelques autres un peu opaques et parfois pelotonnés. Ils furent légèrement grisâtres, comme demi-vitrés et peu abondants, presque tout le mois de janvier. — Le 9 décembre, la respiration était dure, mais sans râle, sous les clavicules. Le 9 janvier, ce caractère était encore plus remarquable, et, du côté gauche, dans la moitié antérieure et inférieure de la poitrine, et en arrière dans toute son étendue, le bruit respiratoire était mêlé d'une crépitation assez fine, la percussion étant toujours sonore. Le 25, le son était très obscur sous la clavicule gauche dans la hauteur de 9 centimètres, et la pectoriloquie manifeste dans le point correspondant. La dyspnée fut considérable, à compter du milieu de janvier : il n'y eut de douleurs ni au larynx, ni dans la région de la trachée-artère; la voix fut altérée dans les huit derniers jours seulement.

Le pouls, très peu accéléré dans les mois de novembre et de décembre, le devint davantage ensuite; et, du 15 au 20 janvier, il battit de quatre-vingt-quinze à cent dix fois par minute. La chaleur suivit les progrès de l'accélération du pouls; il y eut constamment des sueurs nocturnes, presque toujours bornées à la partie supérieure du corps, et quelques frissons irréguliers dans le dernier mois.

Peu après l'entrée du malade à l'hôpital, son appétit se releva, et ses aliments furent graduellement augmentés, de manière qu'à la fin de novembre et dans le mois suivant, il mangeait le quart ou la moitié de la portion. Les selles furent rares et sollicitées par des lavements de graine de lin, pendant les deux premiers mois; puis fréquentes et liquides. Il n'y eut ni coliques, ni nausées, ni vomissements : la soif fut toujours assez considérable.

A partir du début de la diarrhée, la faiblesse fit des progrès rapides; et, dans les vingt derniers jours, le malade garda constamment le lit. Il y eut un peu de délire quelques heures avant la mort, qui arriva le soir à quatre heures.

On fit appliquer un vésicatoire au bras gauche dès le commencement du mois de décembre; et, depuis lors jusque dans les derniers jours de la vie, le malade fit, tous les matins, des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse sous les aisselles.

OUVERTURE DU CADAVRE, QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Commencement du dernier degré de marasme, sans œdème.

Tête. — Infiltration de sérosité très peu considérable au-dessous de l'arachnoïde; quelques granulations blanches, opaques, miliaires, nées de cette membrane, le long de la scissure médiane; une cuillerée de sérosité claire dans le ventricule latéral gauche, un peu moins dans le droit: deux autres cuillerées dans les fosses occipitales inférieures. — Immédiatement au-dessous de la protubérance, dans l'épaisseur de la moelle allongée, se trouvait un tubercule de la grosseur d'un pois de moyenne dimension, ni enkysté, ni ramolli, autour duquel la substance médullaire était dans l'état naturel. — Le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. — L'épiglotte n'offrait rien de remarquable. Il y avait une ulcération profonde, arrondie, de 3 millimètres de diamètre, à la réunion des cordes vocales. La membrane muqueuse de la trachée-artère était un peu rouge à sa partie inférieure, d'une consistance et d'une épaisseur convenables.

Poitrine. — 120 à 150 grammes de sérosité claire dans chacune des plèvres. Une bride blanche, étroite, allait de la plèvre costale au sommet du poumon gauche, où elle était fixée vis-à-vis l'une des cavités tuberculeuses. Le lobe supérieur de ce poumon était dur dans sa totalité, offrait beaucoup de taches jaunes à sa surface, deux excavations peu considérables à sa partie supérieure, et, dans le reste de son étendue, un nombre presque infini de tubercules de

forme irrégulière, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette, parmi lesquels beaucoup étaient confluents et quelques uns ramollis, ou même incomplètement vidés. Il y en avait bien moins dans le lobe inférieur, où aucun d'eux n'était ramolli; presque tous y étaient entourés du tissu pulmonaire hépatisé. A droite, le lobe inférieur était un peu engoué, ne contenait pas de tubercules. Ceux-ci étaient moins nombreux dans le lobe supérieur, que du côté gauche dans le lobe correspondant; tous y étaient à l'état de crudité. Il n'y avait pas trace de matière grise demi-transparente dans l'un ou l'autre des poumons. — Les bronches étaient d'un rose tendre uniforme. — Le cœur était petit et sain; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — L'estomac contenait beaucoup de bile verte et un peu de mucus épais et tenace; sa membrane muqueuse était jaune et très molle dans une petite partie du grand cul-de-sac; au-dessous, le long de la grande courbure, dans une surface allongée de 45 à 50 centimètres, elle était mamelonnée, rougeâtre et grisâtre, avait plus d'un millimètre d'épaisseur, et formait une saillie évidente au-dessus des parties qui l'environnaient; ailleurs elle était parfaitement saine. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était en bon état dans son premier tiers, offrait des ulcérations transversales dans le tiers moyen; longitudinales et elliptiques, comme les plaques qu'elles occupaient, dans le dernier. Les ulcérations transversales ne faisaient pas tout-à-fait le tour de l'intestin, avaient de 3 à 4 centimètres de large à leur partie moyenne, étaient plus ou moins rétrécies à leurs extrémités; la membrane muqueuse était complètement détruite à leur niveau, leur surface très inégale; ce qui provenait de l'épaississement et de la destruction partiels du tissu sous-muqueux correspondant. Leur pourtour faisait saillie, était rougeâtre et jaunâtre, par suite du développement d'un assez grand nombre de tubercules ramollis, dans l'épaisseur du tissu sous-mu-

queux. A l'extérieur, la partie de l'intestin correspondante à ces ulcérations était plus ou moins grisâtre et violacée, offrait des inégalités qui provenaient des granulations tuberculeuses placées entre le péritoine et la tunique musculaire. Les ulcérations longitudinales n'étaient pas complètes, c'est-à-dire que la membrane muqueuse n'était pas détruite dans toute leur étendue. Leur surface était inégale comme celle des précédentes, par la même raison, et aussi par l'effet d'un plus ou moins grand nombre de brides formées par la membrane muqueuse. Celle-ci était saine dans l'intervalle des ulcérations. — Dans toute la longueur du gros intestin, elle était pâle, épaissie et molle comme du mucus. Le cœcum et le colon lombaire droit offraient cinq ulcérations tuberculeuses, irrégulières, peu considérables, au fond desquelles la tunique musculaire n'était point à nu. — Toutes les glandes du mésentère avaient un volume considérable, étaient presque entièrement tuberculeuses, et plusieurs de celles du méso-cœcum et du méso-colon ascendant avaient subi la même transformation. — Le foie était pâle et un peu gras; la bile de la vésicule extrêmement épaisse et d'une couleur très foncée. — La rate contenait dix à douze granulations tuberculeuses de la grosseur d'un petit pois, et son tissu était plus rouge que dans l'état naturel. — Les reins et la vessie étaient parfaitement sains. — La prostate avait ses dimensions ordinaires, et se trouvait presque entièrement transformée en matière tuberculeuse non ramollie. — Les vésicules séminales étaient dures, un peu plus volumineuses que dans l'état naturel et remplies d'une matière tuberculeuse très ferme, divisée par des cloisons correspondantes à celles qui existent ordinairement. Ces cloisons étaient dures, grisâtres, épaisses de plus d'un millimètre, et semblables aux parois des vésicules. A partir du col de ces dernières, et dans la longueur de 9 centimètres, les conduits déférents avaient 6 millimètres de diamètre environ, et offraient la résistance d'une corde tendue.

Leur largeur décroissait un peu en approchant du terme indiqué; leurs parois étaient doublées d'épaisseur, d'un gris presque entièrement opaque, comme celles des vésicules, et leur canal rempli, dans l'espace indiqué, d'une matière tuberculeuse ferme et nullement ramollie. Au-delà, tout était dans l'état naturel.

Sans m'arrêter actuellement sur tous les points de cette observation qui sont dignes de quelque intérêt, je remarquerai que la forme et les dispositions anatomiques intérieures des vésicules séminales subsistaient; qu'il n'y a pas eu transformation de tissu, mais développement de matière tuberculeuse; que ce développement était le résultat d'une sécrétion morbide dans les vésicules et dans les conduits déférents, comme dans l'uretère du sujet dont j'ai donné l'histoire dans le chapitre précédent; que ces faits ont beaucoup d'analogie avec certains cas de péritonite tuberculeuse dont je vais bientôt parler, et qu'ils sont bien contraires, comme je l'ai déjà dit, l'opinion de ceux qui regardent les tubercules comme le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques.

Un autre fait mérite encore d'être remarqué : c'est que la matière tuberculeuse existante hors des poumons, dans la moelle allongée, les replis du mésentère, la rate, la prostate, etc., était partout au même degré de développement, non encore ramollie; ce qui semble indiquer l'action d'une cause unique agissant à la fois sur tous ces points.

Il ne m'est arrivé que rarement encore, depuis la publication de mes recherches, d'ouvrir l'urètre des tuberculeux, et j'en suis toujours à observer des tubercules dans cette partie, dont M. Rayer, toutefois, cite deux exemples : l'un observé dans sa division, l'autre qui lui a été communiqué par M. Vernois. Le premier a été fourni par un homme de trente-six ans, qui avait aussi des tubercules, dans les reins,

dans les testicules, la prostate, etc; le deuxième, par un jeune garçon de douze ans, chez lequel on trouvait des tubercules dans les reins, à la surface du péritoine, etc. Dans ce cas, l'affection était, suivant toutes les apparences, étendue à tout le canal de l'urètre; dans l'autre, elle n'en occupait qu'une longueur de 6 centimètres, dans le voisinage de la vessie.

A la suite des affections aiguës ou chroniques différentes de la phthisie, je n'ai, dans aucun cas, observé de tubercules dans la prostate, les vésicules séminales ou les conduits déférents.

ART. II. — Des organes génitaux de la femme.

Ces organes étaient presque toujours, sauf les dimensions, dans l'état naturel.

La couleur du *vagin* était blanche, rose ou rouge violet, à peu près dans la même proportion que chez les sujets qui succombent aux maladies les plus variées; et l'embarras plus ou moins considérable de la circulation ne m'a pas semblé avoir une influence très marquée sur cet état. — Dans aucun cas, les parois du vagin n'offraient de lésion organique.

L'*utérus* avait ordinairement un volume moindre que dans l'état naturel. Comme chez les sujets qui succombent à des maladies étrangères à la phthisie, j'ai observé plusieurs fois, dans la cavité de son corps ou de son col, des polypes mous, d'un petit volume, d'une couleur pâle; quelquefois aussi des corps fibreux d'un volume peu considérable, de la grosseur d'une noisette ou un peu moins, développés dans l'épaisseur de ses parois, à une plus ou moins grande distance du péritoine. Dans un cas, j'ai trouvé la couche la plus superficielle de la face interne du corps et du col de l'utérus, transformée, dans l'épaisseur de 2 millimètres, en matière tuberculeuse (Obs. 32); et, immédiatement au-

dessous, au milieu du tissu sain, des granulations miliaires, jaunâtres, de même nature. Dans ce cas, la menstruation n'avait pas cessé d'être régulière jusqu'au troisième mois qui précéda la mort du sujet ; d'où l'on peut présumer que le développement de la matière tuberculeuse n'aura eu lieu qu'après cette époque.

J'ai observé deux fois une petite quantité de la même matière dans les *ovaires*, qui offraient, dans plusieurs cas, des kystes séreux, d'un volume ordinairement peu considérable, à peu près dans la même proportion qu'à la suite des autres maladies chroniques.

Depuis la publication de mes recherches sur la phthisie, je n'ai pas rencontré l'affection tuberculeuse de l'utérus plus fréquemment qu'auparavant, de manière que sur deux cents et quelques femmes mortes phthisiques, trois seulement m'ont offert l'exemple de la lésion qui nous occupe. Aucun doute, d'ailleurs, ne peut s'élever sur la rareté de cette affection ; car, ainsi que l'observe M. Reynaud dans un bon mémoire sur les tubercules de l'utérus (1), Bayle, dans ses *Recherches sur la phthisie pulmonaire*, ne fait mention nulle part d'une altération anatomique de l'utérus pouvant être rapportée à une dégénération tuberculeuse de cet organe ; on n'en trouve pas non plus d'exemple dans la *Clinique* de M. Andral ; Laënnec garde le silence sur ce point ; et, pendant un séjour de six années dans les hôpitaux de Paris, dont cinq dans celui de la Charité, où le même médecin a été chargé de faire un très grand nombre d'ouvertures de cadavres, il n'a rencontré qu'une fois l'altération dont il s'agit. Enfin, pendant le cours de l'année 1830, observant à la Pitié, dans sa division il a pu recueillir deux faits nouveaux d'affection tuberculeuse de l'utérus. — Le premier de ces cas est relatif à une femme

(1) *Archiv. génér. de méd.*, t. XXXI, p. 486.

de trente-neuf ans, réglée à douze, et toujours d'une manière normale jusqu'en 1829, ayant eu des couches heureuses. Elle succomba après neuf mois de maladie. A l'ouverture de son corps on trouva, dans l'intérieur du vagin, une matière tuberculeuse ramollie, mêlée au mucus qui s'écoulait par une légère pression exercée sur le col de l'utérus, et une multitude d'ulcérations de la largeur d'une lentille à un centime, plus ou moins irrégulières, à fond rouge, beaucoup plus nombreuses sur la face postérieure du vagin que sur ses parties latérales. Il n'y en avait pas antérieurement. L'utérus avait un peu plus de 9 centimètres de haut; la lèvre antérieure du col était un peu tuméfiée; sa cavité offrait une teinte jaunâtre, une couche de matière tuberculeuse dont la partie la plus superficielle s'enlevait facilement par le grattage, tandis que la plus profonde, épaisse de 2 millimètres, était combinée à la substance de l'utérus, inégale, divisée par une foule de sillons entrecoupés qui lui donnaient, en quelque sorte, un aspect mamelonné. Ajoutons que le tissu de l'utérus envoyait, dans l'épaisseur de cette couche tuberculeuse, des prolongements d'où s'élevaient une multitude de fines végétations qui étaient comme coiffées de matière tuberculeuse. Un tubercule, du volume d'un pois ordinaire, existait dans l'épaisseur du corps de l'utérus et au-dessous de la couche tuberculeuse de cet organe; son tissu était un peu grisâtre, légèrement transparent, en sorte qu'on pouvait se demander si, comme dans le poumon, cet état n'aurait pas précédé l'état jaune et opaque. La matière tuberculeuse remplissait aussi les trompes, dont le calibre était plus que quintuplé, et leur surface interne elle-même offrait une matière tuberculeuse.

M. Reynaud remarque avec raison, ce me semble, que les ulcérations du vagin qui existaient dans la partie de ce conduit qui est la plus déclive, dans celle qui était incessamment baignée par la matière tuberculeuse qui s'échappait de l'utérus, est un fait en tout semblable à celui qui se passe

dans le conduit aérien, par rapport à la matière qui s'écoule des cavernes, et qu'il vient à l'appui de ce que j'ai dit sur le mécanisme ou la cause des ulcérations de la trachée-artère et des parties placées au-dessous.

Le second fait observé par M. Reynaud est relatif à une femme de quarante-cinq ans, mère de sept enfants, réglée à quatorze ans, et toujours de la manière la plus parfaite jusqu'à trente-huit; puis d'une manière inégale, jusqu'au huitième mois qui précéda le terme fatal : après quoi les règles manquèrent complétement. Pendant sa vie on prit des informations précises à ce sujet; aucun écoulement vaginal n'eut lieu, et à l'autopsie on trouva l'utérus plus volumineux que dans l'état normal, son col épais de 15 à 16 millimètres, ayant presque la dureté du cartilage, criant sous les ciseaux, d'un tissu serré, fibreux, d'un blanc mat. La partie voisine du col de l'utérus, dans la largeur de 8 à 10 millimètres, avait une structure analogue. La cavité du corps de l'organe offrait, de dedans en dehors, 1° une couche tuberculeuse inégale, qu'on enlevait facilement par le grattage, 2° une surface inégale, comme papilleuse, de l'épaisseur d'une feuille de papier, d'un jaune de tubercule; 3° au-dessous, le tissu de l'utérus grisâtre, légèrement transparent, plus loin d'un blanc mat, fibreux, et plus loin encore tout-à-fait normal. Les trompes étaient très volumineuses, de 4 à 5 centimètres de circonférence dans les points les plus développés. L'une d'elles présentait, dans la portion comprise dans l'épaisseur de l'utérus, deux points tuberculeux qui faisaient saillie à sa surface interne. Plus loin la trompe était remplie par une matière tuberculeuse d'un blanc jaunâtre, peu humide, un peu élastique; et on trouvait, au-dessous, une couche de matière tuberculeuse, comme combinée avec ses parois elles-mêmes, qui étaient rugueuses. La même chose avait lieu dans l'autre trompe.

M. Reynaud signale, à juste titre, l'analogie de ces deux faits, et l'absence d'ulcération vaginale dans le second

cas, où il n'y avait pas eu d'écoulement de matière tuberculeuse.

Je n'ai trouvé de matière tuberculeuse dans l'épaisseur des parois de l'utérus que chez les phthisiques. Les autres lésions existaient à peu près dans la même proportion chez eux et chez les sujets qui avaient succombé aux maladies les plus variées.

CHAPITRE IX.

DU PÉRITOINE.

Il y avait dans bien des cas un *épanchement de sérosité* dans le péritoine. Je l'ai observé vingt-deux fois, c'est-à-dire chez la cinquième partie des sujets, à un degré plus ou moins considérable, d'un à huit litres. Les hommes en étaient affectés dans la même proportion que les femmes, et il n'était pas plus fréquent chez les sujets dont le foie était gras et le mésentère tuberculeux, que dans les circonstances opposées.

Parfois on trouvait, avec l'épanchement de sérosité, quelque *fausse membrane jaunâtre et molle*, ou une certaine quantité d'un *pus* épais, sans odeur, pareil à celui d'un abcès chaud (Obs. 4, 24, 54.) Cette double lésion, qui existait chez quatre sujets, ne pouvait être que le résultat d'une péritonite aiguë; et les symptômes observés pendant la vie montraient que l'inflammation ne s'était développée que quelques jours, le plus souvent même un jour avant la mort. Les quatrième et vingt-quatrième observations viennent à l'appui de cette assertion. Dans un autre cas (Obs. 54), la péritonite paraît encore s'être développée dans les dernières vingt-quatre heures : je n'en ai pas observé les symptômes, mais je crois pouvoir lui attribuer l'extrême agi-

tation éprouvée par la malade la veille de sa mort, agitation attestée par toutes les personnes de service.

Ce petit nombre de faits montrent que le péritoine est, comme les autres organes, susceptible d'inflammation aiguë dans les dernières périodes de la phthisie, et qu'alors même cette inflammation s'accompagne assez souvent des symptômes qu'elle détermine dans des circonstances différentes.

Trois sujets m'ont offert des *adhérences celluleuses anciennes et partielles;* un quatrième, des adhérences *universelles* de la même espèce (Obs. 22): résultat d'une péritonite chronique dont le malade avait été atteint deux ans et demi avant sa mort.

Dans un autre cas (Obs. 47), j'ai vu à la surface libre du péritoine, et sur le grand épiploon, beaucoup de *granulations miliaires* demi-transparentes, comme déposées au milieu d'une fausse membrane incomplètement opaque: on les enlevait avec elle. J'ai encore trouvé, entre les parties contiguës d'une fausse membrane qui recouvrait les intestins et la paroi antérieure de l'abdomen, des plaques plus ou moins considérables de matière tuberculeuse (Obs. 55). Enfin, j'ai observé un cas fort remarquable du développement de la même matière, dans le grand épiploon et le méso-colon. Je vais en donner l'histoire.

VIIe OBSERVATION.

Un garçon bonnetier, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution peu forte, arrivé à Paris depuis un mois, fut admis à l'hôpital de la Charité le 7 avril 1824, accusant cinq semaines de maladie. Au début, quelque temps après avoir été mouillé en route, toux, crachats, frissons, perte incomplète de l'appétit. Ces symptômes continuèrent, la soif devint considérable et l'anorexie complète; les frissons se répétaient par la moindre cause, la toux avait beaucoup augmenté dans les huit derniers jours, et, depuis, le malade

avait eu de la dyspnée. L'affaiblissement s'était prononcé dès le début, bientôt suivi d'enflure aux jambes. Toutefois le malade n'avait pas été alité; il prenait un peu d'exercice tous les jours et n'avait pas eu de douleurs de ventre.

Le 8 avril : figure faiblement colorée, infiltration légère au bas des jambes, diminution considérable des forces; crachats verdâtres, jaunâtres, incomplétement opaques; quelques autres grisâtres, demi-transparents, comme vitrés; toux fréquente, oppression forte, parole brève, râle muqueux en arrière et principalement du côté gauche, dans toute la hauteur de la poitrine; percussion sonore; pouls médiocrement accéléré, chaleur peu considérable; langue sèche, un peu rouge; bouche pâteuse, soif vive, anorexie; ventre tendu, bombé, légèrement sonore dans tous les points, indolent : parfois néanmoins le malade y éprouvait un léger malaise; les selles étaient rares. (*Chiendent oxémellé, nitré; lavement de pariétaire, bis; potion gom.; deux crèmes de riz, trois bouillons.*)

Les mêmes symptômes persistèrent et prirent plus ou moins de développement jusqu'à la mort, qui arriva le 29 août. Leur augmentation fut graduelle, presque insensible; la toux fut généralement très faible, les crachats peu abondants, pareils à ceux qui ont été décrits : quelquefois même, le malade passait toute une journée sans tousser ni cracher. Dans les trois derniers mois, les deux tiers inférieurs du côté droit de la poitrine ne rendirent aucun son; la respiration y fut extrêmement obscure et lointaine; il y eut parfois des *craquements* sous la clavicule correspondante : à gauche, la respiration fut un peu plus faible, dans le même point, que dans la partie inférieure de la poitrine, et le bruit respiratoire fut quelquefois mêlé de râle muqueux, plus rarement d'une crépitation faible et imparfaite.

Le pouls fut un peu accéléré dans les quinze premiers jours, après quoi il devint calme et ne reprit de fréquence que dans les derniers temps, toujours faible et régulier.

La chaleur suivit l'état de la circulation et cessa quand le pouls perdit sa fréquence ; il y en eut rarement la nuit. Plus rarement encore le malade eut des sueurs.

La langue fut presque constamment rouge et sèche pendant les quatre mois dont il s'agit ; et, vers les derniers jours, il s'y développa une petite ulcération près de la pointe, du côté droit. La soif diminua en proportion de la fièvre et se prononça, quoiqu'à un faible degré, avec elle. Après quelques jours de diète, l'appétit reparut, et, dans la suite, le malade ne cessa de demander des aliments; mais on ne lui accordait que quelques crèmes de riz et un peu de lait. Les nausées furent rares et il n'y eut pas de vomissements. Le ventre fut plus ou moins volumineux ; le malade y éprouvait quelquefois du malaise ; il n'eut de coliques à aucune époque. La diarrhée se manifesta vers la fin du mois de mai, continua dans le commencement de juin, cessa ensuite, reparut encore à différentes reprises, et fut très copieuse dans les vingt derniers jours.

La figure perdit promptement la faible coloration que j'y avais remarquée, devint pâle et un peu jaunâtre ; le malade s'ennuyait de la longueur de sa maladie, sans en témoigner beaucoup d'inquiétude ; ne parlait que de la grosseur de son ventre, qui l'incommodait, et des vents auxquels il l'attribuait. Il maigrit rapidement, mais ses forces tombèrent d'une manière lente, et, jusqu'au dernier jour, il se promena plus ou moins dans les salles de l'hôpital. Sa tendance au sommeil augmentait avec la faiblesse. Le 09 août, à neuf heures du soir, il se leva pour aller à la selle, et, à peine placé sur le bassin, il tomba contre le mur. On le remit dans son lit. Un quart d'heure après il se leva de nouveau, se reconcha, soutenu par un infirmier, et, à neuf heures et demie, il expira sans agonie.

Le traitement consista dans l'usage des délayants, des légers diurétiques, et des astringents faibles.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Emphysème universel, plus considérable au cou et sur les parties latérales du tronc que partout ailleurs, accompagné de phlyctènes remplies d'un liquide violacé. Les bras étaient crépitants et néanmoins très petits, preuve de l'extrême maigreur du sujet.

Tête. — Deux petites cuillerées de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde; un peu plus dans les fosses occipitales inférieures : très légère infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau un peu mou; ramollissement presque pulpeux de la cloison et de la partie inférieure de la voûte; environ une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Cou. — L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rose livide, sans altération de consistance ou d'épaisseur.

Poitrine. — Poumon gauche libre dans toute sa surface, d'une couleur cendrée, interrompue par des taches blanchâtres qui correspondaient à des masses plus ou moins considérables de matière grise et tuberculeuse, plus larges et plus nombreuses dans le lobe supérieur que dans l'inférieur. Il n'y avait pas d'excavation, et le parenchyme pulmonaire, placé autour des tubercules, était sain. Le poumon droit offrait la même lésion, et ses deux tiers inférieurs étaient revêtus par une fausse membrane, unie à celle qui lui correspondait sur la plèvre costale au moyen de filaments entre lesquels se trouvait un épanchement de sérosité claire, évalué à 300 grammes. Les bronches étaient minces et d'un rose pelure d'oignon. — Le cœur avait un volume convenable, contenait une petite quantité de sang pâle et spumeux; ses chairs étaient extrêmement flasques, les parois de l'un et l'autre ventricule minces, de manière que celles du côté gauche n'avaient que 6 millimètres d'épaisseur. Elles étaient si souples, qu'il semblait, au premier abord, que les fibres charnues fussent séparées les unes des au-

tres par une certaine quantité de gaz; mais il n'en était pas ainsi.

Abdomen. — Sa paroi antérieure adhérait aux parties sous-jacentes, au moyen de filaments celluleux plus ou moins longs. Le grand épiploon recouvrait l'intestin grêle dans la majeure partie de son étendue, formait une espèce de gâteau aplati, de 24 à 30 millimètres d'épaisseur, plus ou moins inégal, alternativement jaune et bleuâtre, composé de matière tuberculeuse et de matière grise violacée, demi-transparente. La première faisait les quatre cinquièmes de la masse et n'était ramollie dans aucun point. Les méso-colon et méso-rectum avaient subi la même altération, mais leur épaisseur était moindre, de moitié, que celle de l'épiploon. — La plus grande partie des glandes du mésentère était tuberculeuse. — Le foie adhérait au diaphragme au moyen d'une fausse membrane qu'on en séparait aisément; il avait une couleur bistre foncée, un volume très médiocre, était fort mou, et sa pesanteur spécifique si peu considérable, qu'il flottait au-dessus de l'eau comme un poumon sain. A l'intérieur, il offrait un nombre infini de vacuoles du volume d'un grain de millet à celui d'un petit pois, et plus de vide que de plein. La bile de la vésicule était claire et peu abondante. — La rate avait un volume un peu plus considérable que de coutume. Le péritoine qui la recouvre en était séparé dans sa moitié inférieure, où il formait une poche contenant au moins 60 grammes d'un liquide noirâtre. Son tissu était extrêmement ramolli et sa couleur pareille à celle du liquide dont il vient d'être question. — Les reins dans l'état naturel. — L'estomac était recouvert, en partie, par une fausse membrane. Quoique séparé avec les plus extrêmes ménagements des parties environnantes, il offrait, à gauche du cardia, une ouverture arrondie, à bords pâles et minces. Mais, à raison du défaut d'épanchement, on doit penser que la perforation était le résultat de quelque légère traction, qu'elle n'existait pas durant la vie. A l'intérieur,

l'estomac offrait deux aspects bien différents. Près du pylore et dans une étendue assez considérable, il était grisâtre, sa membrane muqueuse mamelonnée, d'une bonne consistance, incomplétement détruite dans vingt endroits plus ou moins rapprochés, dans la largeur de 4 millimètres: ailleurs, elle était d'un blanc bleuâtre ou bistre claire, extrêmement molle et mince, et les tissus correspondants faciles à déchirer. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et molle comme du mucus, dans toute son étendue; celle du colon l'était un peu moins. Il n'y avait d'ulcération ni dans l'un ni dans l'autre intestin.

Cette observation me paraît intéressante à plus d'un titre. Déjà, sous le rapport de la matière tuberculeuse, elle offre l'exemple (unique pour moi) de cette lésion au même degré de développement, dans toutes les parties où on l'observe, les poumons, le mésentère, l'épiploon, etc., etc.; tandis que, dans toutes mes autres observations, la matière tuberculeuse était plus avancée dans les poumons que nulle part ailleurs. Les symptômes manifestes à la fois du côté de la poitrine et des poumons, étaient en harmonie avec l'état des organes.

La réunion d'une certaine quantité de matière grise bleuâtre et demi-transparente, à la matière tuberculeuse de l'épiploon, est une nouvelle preuve du rapport qui existe entre ces deux espèces de lésions.

Dans plusieurs cas de mort prompte, à la suite des maladies aiguës et surtout des affections éruptives, j'ai vu l'emphysème universel du tissu cellulaire sous-cutané, mais rarement aussi considérable que chez le sujet qui nous occupe: c'est le seul cas de cette espèce que j'aie observé à la suite des maladies chroniques; et dans aucun autre je n'ai vu cette lésion développée dans le parenchyme du foie. Et ici, l'emphysème n'est pas ce qu'il y a de plus remarquable; le volume du foie, à peine égal à celui qu'il offre dans

l'état sain, me semble beaucoup plus extraordinaire encore; car si l'on suppose que l'emphysème se soit développé peu après, ou un peu avant la mort, il faut admettre qu'antérieurement le foie était d'une petitesse extrême: et comme il n'y a peut-être pas d'exemple d'un foie aussi petit qu'on devrait l'imaginer dans cette hypothèse, on est presque inévitablement conduit à croire que, dans le cas dont il s'agit, l'emphysème s'est développé bien avant la mort, d'une manière lente, et par suite d'une altération quelconque du parenchyme de l'organe.

La flaccidité, l'élasticité, le peu d'épaisseur du ventricule gauche du cœur, offraient encore une réunion de circonstances fort remarquables, et rapprochaient, jusqu'à un certain point, l'état de ce viscère de celui du foie. — Je n'ai observé, dans aucun cas, un ramollissement plus profond du tissu de la rate; et c'est pour la première fois que je voyais le décollement du péritoine dans une partie de sa surface. L'altération des membranes muqueuses de l'estomac, de l'intestin grêle et du colon, ne pouvait guère être plus considérable, et néanmoins, au milieu d'un désordre si universel et si grand, le malade était sans douleurs, pour ainsi dire sans fièvre; et la mort est arrivée dans un moment où on ne l'attendait pas encore!

Nous avons vu, dans les deux chapitres précédents, la matière tuberculeuse déposée à la surface des membranes muqueuses, dans les uretères, les vésicules séminales et les conduits déférents, c'est-à-dire développée par voie de sécrétion ou d'exhalation. Le même mode de développement aura sans doute encore eu lieu dans le cas dont il s'agit, pour le grand épiploon, et dans celui où des plaques tuberculeuses existaient entre les feuillets d'une fausse membrane qui tapissait toute la cavité de l'abdomen. Il est même probable que les cas de cette espèce ne sont pas rares, et que l'exhalation est un des moyens les plus fréquemment employés par la nature pour la production de la matière

tuberculeuse. On est d'autant plus porté à le croire, que l'exhalation est encore la source d'autres lésions non moins graves, de la matière cancéreuse, par exemple, quand elle se développe à la surface libre du péritoine.

J'ai observé, depuis la première édition de cet ouvrage, des faits semblables à ceux dont il vient d'être question, des traces d'une péritonite plus ou moins générale chez des malades emportés par l'affection tuberculeuse; de manière que les viscères de l'abdomen étaient plus ou moins étroitement unis entre eux, soit au moyen de fausses membranes organisées, soit, et le plus ordinairement, au moyen de fausses membranes non organisées, semées d'une plus ou moins grande quantité de tubercules. L'étude de ces nouveaux faits (au nombre de huit), réunis aux anciens (au nombre de cinq), va nous occuper un instant.

De ces treize cas, cinq étaient l'exemple de fausses membranes tuberculeuses, accompagnées d'un épanchement plus ou moins considérable de sérosité, qu'on n'observait pas dans les autres. L'épanchement était verdâtre, puriforme dans deux cas, séreux dans deux autres, et, dans le cinquième, il y avait à la fois un épanchement de sérosité claire dans les flancs, et un épanchement de pus, en même quantité (un peu moins d'un litre), dans le petit bassin.

Dans ces cinq cas, l'affection tuberculeuse n'avait pas duré au-delà de quarante-quatre jours à quatre mois; tandis que le minimum de sa durée avait été de cinq mois dans les autres. Toutefois, et on en aura la preuve quand il s'agira des symptômes de la péritonite, la marche de cette maladie avait été lente dans tous les cas, et la seule conclusion à tirer, dans ce moment, des faits dont il s'agit, c'est que les fausses membranes péritonéales développées dans le cours de la péritonite chronique, n'empêchent pas la péritonite aiguë de survenir, dans quelques uns de ces cas, comme complication, et que peut-être aussi à une

certaine époque de la péritonite chronique. Il existe un épanchement séreux qui est absorbé plus tard, comme cela a si ordinairement lieu dans l'inflammation simple des membranes séreuses.

Les adhérences plus ou moins étendues qui avaient lieu dans les treize cas dont il s'agit, offraient, comme je l'ai déjà dit, des caractères variés. Ainsi, dans un des cas dont il a déjà été question (Obs. 22.), les adhérences étaient celluleuses et sans tubercules; il en était encore de même dans un autre où le grand épiploon et le mésocolon avaient subi la transformation indiquée (Obs. 7.). Dans un troisième, en même temps que les adhérences étaient celluleuses et plus ou moins lâches, elles étaient semées de granulations grisâtres et blanchâtres, non encore véritablement tuberculeuses. Dans un quatrième, les circonvolutions intestinales étaient adhérentes au moyen de fausses membranes fines, comme celluleuses, et semées de granulations miliaires nombreuses, demi-transparentes. Dans les neuf autres cas, les différents organes placés dans la cavité de l'abdomen étaient unis entre eux ou au péritoine pariétal, au moyen de fausses membranes ordinairement grisâtres, plus ou moins épaisses, semées d'un plus ou moins grand nombre de tubercules arrondis, saillants, ou partiellement transformées en matière tuberculeuse; et, dans un cas où les fausses membranes ne contenaient pas de tubercules, on trouvait *entre elles*, dans quelques points, des lames de matière tuberculeuse; comme si les fausses membranes avaient acquis, par une demi-organisation, la faculté de sécréter cette matière.

Dans les cas où les fausses membranes, sans être transformées partiellement en tubercules, offraient des granulations distinctes, celles-ci n'avaient pas, toutes, le même rapport avec le péritoine. Chez le plus grand nombre de sujets, les tubercules et les fausses membranes s'enlevaient à la fois; chez d'autres, au nombre de deux, les tubercules

restaient adhérents au péritoine, quand on en séparait les fausses membranes. Dans un cas, des tubercules adhéraient à la face libre du péritoine, sans être environnés ou accompagnés de fausse membrane dans aucun point; et dans trois autres les tubercules avaient leur siége sous le péritoine, ou à sa face adhérente.

Ce dernier fait n'est pas sans importance, puisqu'il montre que, dans le plus grand nombre de cas où l'on trouve des traces d'inflammation vers le péritoine des individus qui ont succombé à la phthisie, on ne saurait, à beaucoup près, attribuer cette inflammation à des tubercules sous-péritonéaux superficiellement placés.

Enfin, six des treize sujets qui nous occupent offraient la transformation décrite dans la dernière observation, celle du grand épiploon, du mésocolon et des autres replis du péritoine en matière grise demi-transparente et tuberculeuse.

Nous avons vu tout-à-l'heure que les tubercules sous-péritonéaux ne pouvaient, à raison de leur rareté, être considérés comme une cause bien évidente de phlegmasie chronique du péritoine; mais on doit être porté à croire qu'il en est tout autrement de quelques autres lésions, par exemple des ulcérations de l'intestin, qu'il est si ordinaire de rencontrer chez les phthisiques, et souvent très nombreuses et très profondes. Cependant, les faits, comme cela arrive si souvent, ne répondent pas à cette prévision. En effet, sur les treize cas dont il s'agit, il en est seulement trois dans lesquels les ulcérations de l'intestin étaient nombreuses et plus ou moins larges (Obs. 22, 64.); il n'y avait pas trace de cette lésion dans quatre cas, et les ulcérations étaient petites et généralement très peu nombreuses dans les autres. De manière qu'il faut reconnaître que si les ulcérations de l'intestin et les tubercules sous-péritonéaux ont quelque influence sur le développement de la péritonite chronique, cette influence est peu considérable, et ne se manifeste qu'assez rarement.

Ne pouvant attribuer avec certitude la péritonite chronique des malades atteints de phthisie aux ulcérations de l'intestin, ou aux tubercules sous-péritonéaux, quand ils existent, puisque ces lésions manquent dans un assez grand nombre de cas et sont si peu considérables, chez quelques sujets, qu'on ne saurait en tenir compte sous le point de vue qui nous occupe; il s'ensuit qu'il faut reconnaître pour la péritonite chronique comme pour beaucoup d'autres lésions, une cause spéciale, à laquelle l'intensité et la durée du mouvement fébrile viennent sans doute se joindre, comme cela a lieu pour les maladies aiguës, dans un certain nombre de cas.

Les adhérences des circonvolutions intestinales entre elles, au moyen des fausses membranes, doivent assurément gêner beaucoup leurs fonctions; mais la gêne ne peut manquer d'être à son comble, quand il s'y joint l'altération indiquée du grand épiploon, du mésocolon transverse et des autres replis du péritoine : car alors les viscères de l'abdomen sont comme emprisonnés, ne peuvent plus jouer les uns sur les autres, et l'on ne conçoit pas comment ceux qui ont besoin d'une certaine liberté pour remplir leurs fonctions, peuvent y suffire. Cependant, pour se faire une idée exacte de la gravité de la lésion qui nous occupe, pour en apprécier toute l'importance sous le rapport du pronostic, il faut jeter un coup d'oeil rapide sur l'état des organes autres que le péritoine, chez les treize sujets dont il s'agit actuellement.

En commençant par les poumons, leurs lésions étaient généralement moins considérables chez ces sujets, que chez ceux qui avaient succombé sans que le péritoine fût affecté de phlegmasie chronique : il n'y avait d'excavation pulmonaire que dans six des treize cas en question, et les cavernes étaient très petites chez trois sujets (54), moyennes et bornées à l'un des poumons chez un quatrième (55), considérables chez cinq seulement (22, 47). Les tubercules

eux-mêmes étaient ordinairement fort rares; de manière que dans les trois cas où les excavations étaient petites, il n'y avait entre elles que quelques tubercules ou granulations grises demi-transparentes; et, chez cinq sujets dont les poumons n'offraient pas d'excavations, on trouvait seulement quelques tubercules d'un médiocre volume, ramollis ou non ramollis, dans un seul poumon, ou une cinquantaine de petits tubercules distribués dans l'un et l'autre, ou moins encore; et, chez un dernier sujet, une masse tuberculeuse ou grisâtre au sommet des deux poumons.

La proportion des cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin étaient plus ou moins ramollies, ne différait pas sensiblement de celle qui avait lieu chez les sujets dont le péritoine était sain. Mais aussi, comme nous l'avons déjà vu, les ulcérations de l'intestin étaient rares, et, quand elles existaient, elles étaient ordinairement peu nombreuses et peu profondes. Le foie n'était gras que dans deux cas.

Ainsi, à part les lésions du péritoine, celles des divers organes de l'économie, des poumons et de l'intestin en particulier, étaient généralement peu graves chez les sujets qui nous occupent; de manière qu'on ne saurait douter que chez eux la péritonite chronique n'ait eu une grande part à la terminaison fâcheuse de la phthisie, si surtout l'on n'a pas oublié que la maladie a marché avec beaucoup de rapidité chez plusieurs d'entre eux, et en particulier chez l'un d'eux (Obs. 18.), dont l'affection dura quarante-quatre jours seulement, le poumon n'offrant que quelques tubercules et les intestins n'ayant pas d'ulcérations!

Un dernier fait qu'il importe de signaler, c'est que les mêmes circonstances qui favorisent le développement de la péritonite chronique tuberculeuse, favorisent aussi le développement de la pleurésie de même espèce; puisque chez quatre des sujets dont il s'agit, on trouvait des fausses mem-

branes tuberculeuses sur la plèvre : et, dans un de ces cas seulement, il y avait des tubercules sous-pleuraux.

A la suite des affections chroniques différentes de la phthisie, j'ai observé plusieurs cas d'épanchement de sérosité dans la cavité de l'abdomen. A part les maladies du cœur, dans lesquelles cet épanchement est si ordinaire, je l'ai rencontré seize fois sur soixante-dix-sept sujets, au degré dont il a été question ; c'est-à-dire à peu près dans le même rapport que chez les phthisiques. Il en a été de même pour la péritonite aiguë des derniers temps, que j'ai observée dans quatre cas ; trois fois dans les affections cancéreuses de l'utérus, une fois dans un cas de dysenterie. Mais aucun des soixante-dix sujets dont il s'agit, ni de ceux que j'ai observés depuis (ils sont au nombre de plus de trois cents, pour les maladies chroniques), ne m'a offert de péritonite tuberculeuse, ni de granulations demi-transparentes sur le péritoine, ou dans l'épaisseur d'une fausse membrane appliquée à sa surface : ce qui concourt, avec les faits que j'ai rapportés jusqu'ici, à montrer l'analogie de la matière tuberculeuse et de la matière demi-transparente, l'une et l'autre paraissant n'exister que chez les phthisiques.

CHAPITRE X.

DU CERVEAU ET DE SES ENVELOPPES.

Bien que l'exercice des fonctions cérébrales soit presque toujours régulier dans le cours de la phthisie, et ordinairement même jusqu'aux dernières heures de l'existence, on trouvait néanmoins, dans la plupart des cas, quelques lésions du cerveau ou de ses annexes. Je les indiquerai successivement.

Chez les sujets *âgés*, la *dure-mère* adhérait plus ou moins à la suture sagittale et dans les environs, offrait, dans bien des cas, près du sinus longitudinal, ou à une distance plus ou moins considérable de cette partie, des éraillures de 4 à 8 millimètres de longueur. Ces éraillures, autour desquelles la dure-mère était dédoublée dans une petite étendue, donnaient passage à des corps arrondis, blancs, opaques ou un peu demi-transparents, homogènes, de 2 millimètres, plus ou moins, de diamètre, au nombre de deux, trois, quatre et quelquefois plus. Dans certains cas, la table interne de l'os était amincie ou détruite à leur niveau, dans la largeur de 2 à 4 millimètres. Ils étaient plus ou moins adhérents à l'ouverture qui leur livrait passage, et moins fréquents chez les jeunes sujets que chez ceux qui mouraient dans un âge avancé.

Ces petits corps naissaient de la surface supérieure de l'*arachnoïde cérébrale*, et rarement de celle qui tapisse la dure-mère : on les observait sur la plupart des sujets, qu'il y eût ou non des éraillures à cette dernière membrane. Bornés à un espace de 6 millimètres, de part et d'autre de la scissure médiane, ils étaient plus nombreux près d'elle qu'à une certaine distance; leur volume variait entre celui d'un grain de millet et d'un petit pois. Assez souvent rapprochés sous forme de plaques plus ou moins arrondies ou irrégulières, ils n'étaient pas moins fréquemment disséminés. Leur union avec l'arachnoïde était intime, et, partout où ils existaient, cette membrane était plus ou moins épaissie ou opaque. Cette circonstance, et la non-existence des prétendues glandes de Pacchioni chez un certain nombre de sujets, doivent faire considérer ces petits corps comme des productions morbides. Je les désignerai désormais sous le nom de granulations arachnoïdiennes.

Dans quelques autres cas, l'arachnoïde était épaissie et opaque, sans granulations à sa surface, et deux fois elle offrait cette double lésion dans toute sa moitié supérieure.

Sur deux autres sujets, j'ai trouvé des lambeaux d'une fausse membrane jaunâtre et extrêmement molle à sa face libre. Cette dernière lésion était évidemment très récente, et indiquait que l'arachnoïde, comme les autres membranes séreuses, est susceptible d'inflammation aiguë dans les derniers jours de la vie, quand le marasme et la faiblesse sont arrivés à leur dernier terme.

Cinq fois, sur quatre-vingt-dix-neuf sujets, il y avait, dans la partie supérieure de la cavité de l'arachnoïde, un peu de sérosité limpide ou roussâtre, de la valeur de trois à cinq petites cuillerées. (Obs. 7, 20, 24, 15, 51.) Bien plus souvent, sur la moitié des sujets environ, j'ai trouvé, dans les fosses occipitales inférieures, une à deux cuillerées du même liquide; et, toutes les fois que j'ai ouvert le canal rachidien, il y en avait une quantité plus considérable encore.

L'épanchement de sérosité dans les *ventricules latéraux* n'était pas moins commun que l'infiltration sous-arachnoïdienne, dont il sera question tout-à-l'heure, et lui était presque toujours proportionné. Quelquefois d'une cuillerée dans chaque ventricule, il était, dans d'autres cas, de quatre à cinq, et variait entre ces limites. La sérosité était ordinairement limpide; je ne l'ai vue trouble que chez trois sujets; et chez aucun d'eux il n'y avait d'altération de la structure de l'arachnoïde correspondante, ou de la substance cérébrale qu'elle recouvrait immédiatement. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'épanchement était presque nul dans les cas de mort subite; ce qui doit porter à croire que, chez la majeure partie des sujets, il a principalement lieu pendant l'agonie.

A l'exception d'un des cas où la matière de l'épanchement était trouble, je n'ai observé aucun symptôme qui pût lui être attribué.

Trois fois j'ai vu dans le *ventricule de la cloison*, un épanchement de sérosité limpide, de la valeur d'une cuil-

lerie et demie; et, dans ces trois cas, l'infiltration sous-arachnoïdienne et l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux étaient proportionnellement aussi considérables, avaient atteint les limites que j'ai indiquées. Les parois de la cloison étaient plus consistantes que dans l'état ordinaire, et l'arachnoïde qui les tapisse semblait épaissie.

Il y avait aussi, dans les trois quarts des cas, au-dessous de l'arachnoïde supérieure, une infiltration plus ou moins considérable de sérosité, que je nommerai, à cause de cela, sous-arachnoïdienne. Dans son moindre degré, elle n'occupait qu'une partie, ordinairement la moitié postérieure de l'espace indiqué. Plus considérable, elle existait dans toute son étendue, dans les interstices des circonvolutions cérébrales et au-dessus; ayant, dans son maximum, près de 2 millimètres d'épaisseur au niveau de ces dernières. Plus elle était épaisse, plus l'arachnoïde et la pie-mère se détachaient avec facilité.

J'ai encore trouvé la *pie-mère* plus ou moins rouge, épaissie et injectée, sur douze sujets, ou dans la huitième partie des cas environ, et six d'entre eux offraient une injection plus ou moins marquée de la substance du cerveau.

La *substance cérébrale* présentait plusieurs altérations. Quatorze fois, sur cent un sujets, je l'ai trouvée plus ou moins injectée. — Dans cinq cas, elle avait une consistance bien inférieure à celle qui lui est naturelle; et, dans l'un d'eux, cette consistance était à peu près la même que chez l'enfant nouveau-né. Chez un sixième individu, le ramollissement n'affectait que l'hémisphère gauche; et, dans ces différents cas, la durée de la phthisie avait été de sept mois à cinq ans. — Six fois j'ai observé le ramollissement comme pulpeux de la voûte à trois piliers, ou de la cloison demi-transparente, ou des corps striés (Obs. 2, 7, 13, 95, 96), sans altération de la couleur du tissu ramolli; excepté dans le cas où la lésion occupait les corps striés.

Enfin, j'ai observé, chez les individus emportés par la phthisie, deux autres graves lésions, des hydatides et des tubercules. J'ai déjà donné un exemple de cette dernière lésion dans la moelle allongée (Obs. 6); j'en exposerai un autre du même genre relatif au cerveau et au cervelet, après avoir donné l'histoire du seul cas d'hydatides que j'aie observé.

VIIIe OBSERVATION.

Un tailleur de pierres, âgé de cinquante-quatre ans, d'une constitution sèche, sobre, laborieux et rarement malade, était sujet, depuis plus de trois années, à des maux de gorge qui duraient de vingt-quatre à trente-six heures, et, depuis plus de temps encore, à une diarrhée peu considérable, qui revenait de mois en mois, pour un jour ou deux seulement et sans coliques. Six mois avant d'être admis à l'hôpital, il avait été pris tout à-coup, sans cause connue, sans toux préalable, d'un *vomissement de sang* qu'il évaluait à deux litres; et, quelques jours après, il en avait rendu assez abondamment par les selles. A la suite de ces énormes pertes de sang, il avait gardé le lit plusieurs jours, et n'avait pu travailler pendant trois mois. La toux et les crachats avaient débuté avec l'hémorrhagie, ou peu après; des frissons, suivis de chaleur et de sueurs, s'étaient établis dans les deux derniers mois, et, depuis le même temps, la respiration était très gênée. L'appétit avait diminué, le malade n'avait pu manger de viande dès le début; la soif avait été très peu considérable; il n'y avait eu ni douleurs de poitrine, ni diarrhée.

Le 26 novembre 1802, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital: faiblesse médiocre, céphalalgie nulle, intelligence assez développée; respiration tranquille, peu élevée, pectoriloquie imparfaite entre la colonne vertébrale et les fosses sus-épineuses, respiration dure et forte dans les

mêmes points, naturelle ailleurs ; toux peu fréquente, crachats pelotonnés, opaques, unis par une pituite visqueuse ; quelques picotements sur les parties latérales de la poitrine : voix rauque et déchirée, comme depuis un mois ; sentiment d'écorchure au larynx, pendant la déglutition ou la toux ; chaleur naturelle, pouls calme, régulier, au-dessous de soixante-dix pulsations par minute : appétit, langue naturelle, peu de soif, déglutition gênée, bien que le pharynx et les amygdales soient parfaitement sains ; tout le ventre indolent ; une selle de médiocre consistance la veille. (*Décoct. de lich.; infus. pect. ; pot. gom.; un quart de port.; une tasse de vin.*)

Le mois suivant, l'état du malade parut s'améliorer ; il se sentait mieux, n'avait point de frissons ; l'appétit devint plus considérable ; on donna la demi-portion ; parfois néanmoins l'aphonie était complète.

A compter du 24 décembre jusqu'au 31 janvier suivant, veille de la mort, voici ce qui arriva. Le malade conserva le libre usage de ses facultés intellectuelles, dormit peu, n'eut point de mal de tête, perdit très lentement ses forces.

L'aphonie fut variable, la douleur, constante au-dessus du cartilage thyroïde, immédiatement, accompagnée de chaleur, la nuit surtout ; la déglutition de la salive incommode, le pharynx et les amygdales dans l'état naturel. — La toux et l'oppression augmentèrent dans les dix premiers jours du mois de janvier, furent un peu moins considérables après le 15, et les crachats devinrent plus épais. Dans le même temps, il y eut une douleur assez vive au niveau de la mamelle gauche, sans altération sensible de la sonorité de la poitrine dans cette partie : la respiration était trachéale, accompagnée de gargouillements sous la clavicule gauche, dans la hauteur de 15 centimètres. Il en était de même en arrière dans le point correspondant, mais dans une étendue moins considérable. Il y avait un peu de râle muqueux à droite.

Le pouls conserva la même lenteur ; les frissons reparurent de nouveau dans la soirée, suivis de chaleur et de sueur.

Du 26 au 28 décembre, il y eut des coliques très fortes ; puis la diarrhée survint, considérable du 5 au 10 janvier, suspendue les 16 et 17, et réduite à deux ou trois selles par jour, dans la suite. La langue fut toujours dans l'état naturel, l'épigastre indolent ; l'appétit tomba dès le début de la diarrhée.

Le 31, la faiblesse devint tout-à-coup considérable, la figure très pâle ; le malade accusait un sentiment de faiblesse très pénible à l'épigastre ; la poitrine ne rendait aucun son sous la clavicule gauche, dans la hauteur de 15 centimètres ; les crachats ressemblaient à une purée verdâtre et grisâtre, étaient nuancés de rose à leur pourtour ; le pouls était calme et régulier. Il y eut un peu de délire dans la nuit, et, le lendemain matin, à trois heures, le malade mourut.

On proportionna les aliments à l'appétit et à l'état des fonctions digestives : on ordonna une tisane de riz édulcorée avec le sirop de coing, au début de la diarrhée ; puis du diascordium avec 5 centigrammes d'opium, et deux tasses de cachou, du moment où elle devint plus considérable.

Ouverture du cadavre, vingt-neuf heures après la mort. — *État extérieur.* Rien de remarquable.

Tête. — La dure-mère adhérait d'une manière très forte à la suture sagittale : il n'y avait point d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde. A la partie supérieure et sur les côtés du cerveau, on voyait, au-dessous de la pie-mère, une vingtaine de vésicules qui dépassaient les circonvolutions de 2 à 3 millimètres environ : le reste était enfoncé dans la substance cérébrale, demeurée parfaitement saine à leur

pourtour. Ces vésicules avaient une forme arrondie et des dimensions variées. Trois d'entre elles étaient du volume d'une noisette ordinaire, uniformes à leur surface, offraient une espèce de pédicule d'où partait une membrane blanchâtre et opaque, qui ne recouvrait pas l'hydatide dans toute son étendue. Celle-ci était principalement formée par une membrane molle et mince, contenant un liquide qui troublait un peu l'eau. Les autres hydatides avaient la même structure, étaient un peu plus considérables, plus opaques et plus ou moins bosselées; ce qui donnait à quelques unes d'entre elles l'aspect d'une mûre. Le cerveau était très injecté; les ventricules latéraux, la protubérance et le cervelet dans l'état naturel.

Cou. — La membrane muqueuse de la face laryngée de l'épiglotte était détruite dans toute sa hauteur; l'ulcération avait des bords un peu épais, durs, blanchâtres, et une surface inégale, colorée en rose. — Deux petites ulcérations superficielles avaient lieu au-dessus des cordes vocales supérieures du larynx, dont l'une, celle du côté gauche, était presque entièrement détruite. Le pourtour de la destruction était grisâtre, dur, comme lardacé. — La membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge et un peu épaissie inférieurement; celle des bronches plus rouge encore; l'une et l'autre sans ulcérations.

Poitrine. — Il y avait, du côté gauche, un peu moins d'un litre de sérosité roussâtre, au milieu d'une fausse membrane qui tapissait le poumon, les plèvres diaphragmatique et costale, était d'un rouge vif à sa face interne et avait 1 millimètre d'épaisseur. Au sommet du lobe supérieur se trouvaient une grande excavation, tapissée par une fausse membrane semi-cartilagineuse appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain, des tubercules ou quelques petites masses de mélanose. Il y avait, dans le reste du même lobe, beaucoup de petites cavités très incomplètement vidées, pour la plupart. Le lobe inférieur contenait un assez grand

nombre de granulations grises, sans matière tuberculeuse ni excavations. Du côté droit (sauf l'épanchement et la fausse membrane qui n'existaient pas) les lésions étaient les mêmes, mais un peu moins considérables que du côté gauche. — Le cœur était parfaitement sain. L'aorte, au-dessous de la naissance du tronc cœliaque, offrait plusieurs plaques cartilagineuses et osseuses. Les artères fémorales étaient ossifiées suivant des lignes circulaires plus ou moins exactement parallèles et un peu saillantes.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac était rose dans quelques points, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et, partout, d'une épaisseur convenable. Elle offrait, à gauche du cardia, une ulcération de 12 millimètres de diamètre, dont les bords étaient un peu irréguliers, coupés en biseau, et le fond formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, inégal et épaissi. La membrane muqueuse du duodénum était légèrement grisâtre et d'ailleurs parfaitement saine : celle de l'intestin grêle, dans l'état naturel, à part deux petites ulcérations qui offraient quelques tubercules miliaires demi-transparents à leur surface : celle du gros intestin était molle comme du mucus et d'un rouge violet dans plusieurs points. Il y avait, dans le rectum, dix petits abcès sous-muqueux du volume d'un pois, et huit ulcérations de même grandeur. — La rate était ramollie ; le reste des viscères de l'abdomen n'offrait rien de remarquable.

Les hydatides du cerveau sont un fait d'anatomie pathologique très rare, et tellement qu'à l'époque où je recueillis cette observation, je n'en avais pas encore observé d'exemple. Ces hydatides n'étaient pas entièrement enveloppées par la substance cérébrale ; une partie de leur corps faisait saillie sous la pie-mère, qui aura sans doute été leur point de départ. L'intégrité du cerveau, à leur pourtour, semble attester la lenteur de leur développement, et l'absence

de toute espèce de symptômes cérébraux confirme cette manière de voir. Le malade n'avait pas éprouvé la plus légère céphalalgie.

A part les hydatides, toutes les lésions, quelque nombreuses qu'elles fussent, avaient donné lieu aux symptômes qui leur sont propres. L'aphonie répondait aux ulcérations du larynx : la douleur au-dessous du cartilage thyroïde, la gêne de la déglutition (le pharynx et les amygdales étant parfaitement sains), annonçaient, comme nous le verrons, ou tout au moins devaient faire soupçonner une ulcération de l'épiglotte : le début de la pleurésie avait été marqué par une douleur assez forte du côté gauche de la poitrine : des douleurs non moins vives s'étaient manifestées au début de la diarrhée : celle-ci ne comptait que dix-huit jours de durée, et ce peu de temps avait suffi pour amener le ramollissement pulpeux, peut-être la désorganisation complète de la membrane muqueuse du colon. Néanmoins, au milieu de si grands désordres, et au début de deux inflammations graves qui marchent avec rapidité, la pleurésie et l'entérite, le pouls reste calme, la chaleur ne s'élève pas! Combien de faits du même genre indiquent que c'est surtout à la recherche des symptômes locaux que doit s'appliquer le médecin pour établir son diagnostic!

Remarquons encore que la maladie a débuté par une hémorrhagie abondante, que la toux et les crachats ne sont venus qu'à sa suite. Malgré les expressions du malade, qui assurait avoir vomi du sang ; bien qu'il ait eu, en apparence, une hémorrhagie intestinale peu de jours après la première, il n'est guère possible de douter que les poumons ne fussent la source de cette double hémorrhagie. D'abord, parce que l'hémoptysie est fréquemment le premier symptôme de la phthisie, qu'elle est quelquefois si abondante que les malades assurent avoir vomi du sang quoiqu'il n'en soit rien : secondement, parce que l'état de l'estomac n'était pas un de ceux qui donnent lieu à l'hématémèse, et que d'ailleurs tout

semble annoncer qu'à l'époque de l'hémorrhagie, et long-temps après encore, ce viscère était dans l'état naturel : enfin, parce que le sang des selles peut fort bien provenir des poumons, au moyen de la déglutition qui en introduit une partie dans l'estomac.

IX

IXᵉ OBSERVATION.

Une jeune fille, âgée de dix-neuf ans, douée de beaucoup d'intelligence et de mémoire, née de parents sains, d'une constitution peu forte, d'un tempérament lymphatique et sanguin, rarement enrhumée, vint à l'hôpital de la Charité le 1er octobre 1822, étant alors malade depuis sept mois. Sa maladie avait débuté par des frissons, de la dyspnée, la perte de l'appétit, la soif et une douleur pulsative à l'épigastre. Les frissons étaient revenus tous les jours pendant cinq mois, sans interruption, puis plus ou moins irrégulièrement. La douleur épigastrique avait été continue, à très peu de chose près; l'anorexie plus ou moins complète, la soif plus ou moins vive; il n'y avait eu ni nausées, ni vomissement; la dyspnée avait fait de continuels progrès, la toux et les crachats s'y étaient joints dans les *trois dernières semaines* seulement, et, douze jours avant son entrée à l'hôpital, la malade avait éprouvé une légère hémoptysie. Ses règles, supprimées deux mois avant le début, ne s'étaient pas rétablies depuis; et, à chaque période menstruelle, elle avait des maux de tête beaucoup plus forts que d'ordinaire à la même époque. Les selles n'avaient pas cessé d'être régulières, et l'amaigrissement avait commencé avec les premiers symptômes.

Le 1er octobre : intégrité de l'intelligence, point de céphalalgie; respiration médiocrement accélérée, toux rare, crachats déchiquetés, percussion sonore dans toute l'étendue de la poitrine, pectoriloquie imparfaite entre les épaules, nulle douleur thoracique; pouls accéléré, à cent pulsa-

tions par minute ; appétit médiocre, soif peu considérable, langue un peu rouge, glandes cervicales développées, douloureuses ; tumeur à l'ombilic, légèrement inclinée à droite, presque indolente, de la grosseur d'une pomme ordinaire ; nulle douleur à l'épigastre ; constipation. (*Quinze sangsues à la vulve, potion gommeuse, tisane pectorale, trois soupes.*)

Les jours suivants, l'appétit augmenta beaucoup, et quelques filets de sang unis aux crachats engagèrent à une nouvelle application de sangsues.

Le 10, la malade accusait de vives douleurs sous l'aisselle droite, où l'on découvrit un gros paquet de glandes ; elle avait de la tendance au sommeil, le visage rouge et animé.

Du 20 au 25 : céphalalgie intense, figure plus rouge encore que de coutume, bouffées de chaleur à la face plus fréquentes et plus incommodes que les jours précédents.

Le 25, douze sangsues appliquées à la vulve ne procurèrent aucun soulagement ; la toux et les crachats n'avaient pas sensiblement changé, la pectoriloquie était manifeste entre les épaules, la respiration trachéale sous les clavicules ; la tumeur de l'abdomen paraissait avoir pris plus de volume.

Le 5 novembre, la malade eut des selles liquides pour la première fois, et des sueurs nocturnes, établies depuis trois jours, continuaient. La tumeur de l'abdomen était douloureuse. (*Saignée de 250 grammes.*)

Dès lors, jusqu'au 26 décembre, jour de la mort, la figure fut d'un rouge foncé et finit par être bleuâtre ; il y eut parfois beaucoup de tendance au sommeil, parfois aussi de l'insomnie, et presque constamment des maux de tête. La faiblesse fit des progrès rapides, et la malade ne quitta plus le lit.

Les crachats, quelquefois un peu visqueux et aérés, devinrent ternes et souillés de sang, vingt-quatre heures avant la mort ; la dyspnée augmenta très rapidement. — Le 1er décembre, la malade se plaignait d'une ardeur incom-

mode tout le long de la trachée-artère, et cette sensation se renouvela dans la suite très fréquemment.

Les frissons, qui étaient venus presque journellement depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, continuèrent; les sueurs l'inondaient, pour ainsi dire, dès qu'elle sommeillait; et on essaya vainement de les combattre au moyen de l'acétate de plomb, administré à doses successivement croissantes.

La diarrhée persista quelquefois accompagnée de coliques plus ou moins fortes; l'anorexie fut complète à partir du 1er décembre, mais il n'y eut ni nausées, ni vomissemens, ni douleurs bien évidentes à l'épigastre. La soif devint très vive dans les derniers temps, et, le 23, la langue, qui était blanchâtre ou un peu rouge depuis quelque temps, devint cramoisie, se couvrit d'un grand nombre de petits points blancs, opaques, presque miliaires.

Dès le début de la diarrhée, la malade fut mise à l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing; elle prit un peu de sirop diacode pendant ses insomnies et presque sans succès. Sa nourriture consista en quelques crèmes de riz, et parfois elle ne prenait qu'un peu de bouillon.

Ouverture du cadavre, trente-trois heures après la mort. — *État extérieur.* — Quelques vergetures; dernier degré de marasme.

Tête. — A la partie postérieure de l'hémisphère droit du cerveau, l'arachnoïde adhérait à la dure-mère, dans le voisinage de la faux, dans un point correspondant à une tumeur inégale, développée près de la superficie du cerveau, de la grosseur d'une noisette de moyenne dimension, jaune-verdâtre, ferme, d'un coup d'œil mat, véritablement tuberculeuse, non enkystée; et autour de cette tumeur, la substance cérébrale était saine. Dans le même hémisphère, entre la surface supérieure du cerveau et le ventricule latéral, il y avait cinq tubercules pareils. Du côté gauche, on en comptait quatre, et l'un d'eux se trouvait à la partie

postérieure et inférieure de la couche optique. On voyait encore, à la base du lobe occipital du même côté, une portion de la substance cérébrale convertie en matière tuberculeuse, sous forme d'une plaque de 8 millimètres d'épaisseur et de 12 centimètres de surface. Cette plaque adhérait, dans une partie de son étendue, à la tente du cervelet, dont la lame correspondante avait subi la même altération. Enfin, il y avait, à la partie inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet, un tubercule non enkysté, de la grosseur d'une noisette, aboutissant au tronc médullaire, qu'il envahissait dans une certaine étendue.

Cou. — Les glandes cervicales étaient très volumineuses, entièrement transformées en matière tuberculeuse non ramollie ; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère très rouge, surtout en arrière.

Poitrine. — Gros paquet de glandes lymphatiques tuberculeuses sous l'aisselle droite, du volume d'un œuf d'oie, non ramollies. Adhérences celluleuses universelles des deux poumons. Excavation vaste et anfractueuse au sommet du poumon gauche, contenant une petite quantité d'un liquide rouge, traversée par un grand nombre de brides formées de substance grisâtre, tapissée par une fausse membrane semi-cartilagineuse qui était appliquée sur des tubercules et de la matière grise demi-transparente ; le reste du lobe supérieur presque entièrement transformé en matière grise ou tuberculeuse, et en petites excavations, entre lesquelles le parenchyme pulmonaire était d'un rouge foncé. Il y avait des tubercules crus assez nombreux dans le lobe inférieur. — Les mêmes lésions existaient, un peu moins étendues, dans le poumon droit, où deux tubercules ramollis faisaient saillie en dehors. — Les bronches étaient d'un rouge vif, communiquaient avec les excavations par plusieurs points. — Le cœur était un peu petit, mais sain ; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — Il y avait environ un litre de sérosité claire

dans la cavité de l'abdomen. Le foie était un peu augmenté de volume, offrait douze kystes de 4 à 7 millimètres de diamètre, contenant une matière verdâtre et pulpeuse, dont les parois avaient moins d'un millimètre d'épaisseur, étaient grisâtres et peu consistantes. Le tissu hépatique était d'ailleurs parfaitement sain ; la bile de la vésicule noire et épaisse comme de la mélasse. — La membrane muqueuse de l'estomac était rouge, mamelonnée, d'une bonne consistance à sa face antérieure, dans une largeur de 12 centimètres, pâle dans le reste de son étendue, et très molle dans quelques parties du grand cul-de-sac. — Il y avait dix ulcérations de 2 à 3 millimètres de diamètre dans le duodénum. On en voyait aussi un grand nombre des mêmes dimensions, dans toute la longueur de l'intestin grêle, sur les plaques ou dans leur intervalle. Leurs bords étaient un peu saillants, et leur fond formé par le tissu cellulaire sous-muqueux épaissi. — La membrane muqueuse du gros intestin était rouge dans le colon droit, qui offrait deux petites ulcérations superficielles; pâle ailleurs, et partout molle comme du mucus. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges et en partie tuberculeuses. La tumeur sentie à l'ombilic était placée au-dessus du pancréas, de la grosseur du poing, formée par la réunion d'un assez grand nombre de glandes lymphatiques devenues tuberculeuses, et elle se continuait, inférieurement, avec les glandes lombaires qui avaient subi la même transformation. Ni les unes ni les autres n'étaient ramollies. — La rate avait un volume convenable, contenait un grand nombre de tubercules arrondis, de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'une noisette d'un petit volume. Le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Ce qui frappe le plus dans cette observation, est moins sans doute le développement d'une certaine quantité de tubercules dans le cerveau et le cervelet, que leur existence simultanée dans un grand nombre de parties différentes, les

poumons, le cou, l'aisselle droite, le mésentère, les lombes, la rate, et surtout l'égalité de leur développement dans tous ces points, les poumons exceptés.

Je ne sais trop comment on pourrait se rendre compte de ce fait, à moins d'admettre une seule et même cause agissant à la fois, et dans le même temps, sur toutes ces parties; car, si vous admettez que les ulcérations de l'intestin grêle soient la cause unique de la conversion des glandes mésentériques en tubercules, comment expliquerez-vous ceux du cerveau, de l'aisselle et de la rate? Comment surtout expliquerez-vous cette égalité de développement de la matière tuberculeuse encore à l'état de crudité partout, si vous admettez pour cause tantôt une chose, tantôt une autre; si la cause n'est pas uniforme, si elle n'a pas agi partout en même temps? Ajoutez que, dans aucune hypothèse, l'état de l'intestin grêle ne peut rendre compte de la transformation des glandes lymphatiques, placées au-dessus du pancréas, en tubercules, puisque la tumeur formée par elles existait déjà lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, bien avant le début de la diarrhée; par conséquent à une époque à laquelle la membrane muqueuse de l'intestin grêle était encore saine. Et l'on ne peut pas dire que cette dernière assertion est une hypothèse; car la petitesse et la structure des ulcérations de l'intestin grêle prouvent assez qu'elles étaient récentes à la mort du sujet.

Le très petit nombre de symptômes auxquels les tubercules du cerveau ont donné lieu, est digne aussi de quelque attention. A peine peut-on leur attribuer l'augmentation de la céphalalgie aux époques menstruelles, et les bouffées de chaleur à la face, puisque la douleur dont les glandes lymphatiques du cou paraissaient le siége, a pu en être la cause, ou du moins y avoir quelque part. Si, d'ailleurs, on réfléchit que les facultés intellectuelles ont conservé jusqu'à la fin leur intégrité, que les mouvemens sont restés libres, on avouera que ces symptômes, fussent-ils l'effet immédiat des

tubercules, en seraient en effet bien léger. En même temps, on conviendra que si des tubercules et des hydatides se développent, pour ainsi dire, d'une manière latente, au milieu du cerveau, il peut, il doit en être de même pour les poumons; et l'on ne sera pas étonné qu'il y ait des phthisies latentes pendant un espace de temps plus ou moins considérable. Cette proposition, qui sera vérifiée un peu plus tard par de nombreux exemples, est réalisée dans le sujet de l'observation qui nous occupe; car au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on entendait la pectoriloquie, et la toux n'existait que depuis quelques jours! Ajoutons que, très probablement, il y avait des tubercules pulmonaires au début de la maladie, c'est-à-dire du moment où la dyspnée et la fièvre se manifestèrent, puisque la plus grave et la plus ancienne altération des viscères étant celle des poumons, peut seule expliquer les premiers symptômes.

Il importe d'ailleurs de remarquer que les tubercules du cerveau et du cervelet, qui sont beaucoup plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, sont aussi ordinairement, dans le premier âge de la vie, à l'état latent; que des symptômes cérébraux de quelque importance ne se développent guère chez les enfants atteints de tubercules cérébraux, que quand un ramollissement plus ou moins considérable du cerveau vient à s'y joindre.

Mais on trouve encore dans le cerveau des phthisiques une lésion non moins grave que celle-ci, sur laquelle mon attention n'avait pas été dirigée lors de la première édition de cet ouvrage, que les travaux de M. Rufz (1) et ceux de M. Gérhard de Philadelphie, ont surtout fait connaître dans ces derniers temps; je veux parler des granulations grises demi-transparentes qui existent quelquefois dans l'épaisseur de la pie-mère, chez les sujets qui succombent à l'affection

(1) Thèse inaugurale.

tuberculeuse. Ces granulations, étudiées d'abord chez les enfants où elles sont fréquentes, l'ont été ensuite chez l'adulte, qui n'en offre qu'assez rarement, par M. Lediberder, d'après des faits recueillis, pour la plupart, à la Pitié, dans ma division (1). Quelquefois superficiellement placées au-dessous de l'arachnoïde supérieure, on les trouve le plus ordinairement dans les anfractuosités du cerveau, surtout au milieu de la pie-mère qui tapisse la scissure de Sylvius, qu'on peut regarder, dit l'auteur que je viens de citer, comme leur siége d'élection, et le long des artères cérébrales moyennes, qui les offrent souvent agglomérées. Quelquefois éparses, elles sont ordinairement réunies par une matière grisâtre, plus demi-transparente qu'elles-mêmes. Leur volume varie d'un grain de millet à un grain de chènevis : les plus grosses ont ordinairement une couleur jaunâtre au centre, et, assez fréquemment, on les trouve accompagnées, sur les parties latérales du cerveau, de plaques jaunâtres, quelquefois disposées en liseré le long des ramifications artérielles, qui pourraient être prises, au premier abord, pour du pus à l'état concret : mais un examen attentif montre que ces plaques sont encore de la matière grise en masse, contenant des granulations et colorée par un peu de sérosité citrine. Il est d'ailleurs assez rare, dit M. Lediberder, que les altérations qui nous occupent soient aussi prononcées d'un côté que de l'autre, et il est fort ordinaire (dans plus de la moitié des cas) d'observer, avec les granulations de la pie-mère, un ramollissement du chiasma des nerfs optiques ou de toute autre partie du cerveau. En général, l'altération de la substance corticale est proportionnée à celle de la pie-mère.

Les lésions qui viennent d'être exposées ne sont pas propres aux phthisiques; je les ai encore rencontrées à la

(1) Dissertation inaugurale, 1837, numéro [illegible].

suite des affections les plus variées. A la suite de ces maladies, les glandes dites de Pacchioni existaient à peu près dans la même proportion qu'à la suite de la phthisie. Sur cent quinze cas, dans lesquels je ne comprends ni les apoplexies, ni les ramollissements du cerveau, ni l'affection typhoïde, il y avait seize exemples d'un léger épanchement de sérosité claire ou louche dans la partie supérieure de la cavité de l'arachnoïde, et cet épanchement était un peu plus fréquent à la suite des maladies chroniques qu'après les affections aiguës.

Neuf fois, sur le même nombre de sujets, j'ai observé l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde à sa partie supérieure, dans une plus ou moins grande étendue; et, quatre fois, à la surface de cette membrane, des lambeaux plus ou moins larges d'une exsudation mince, molle et jaunâtre. — L'infiltration sous-arachnoïdienne existait dans les deux cinquièmes des cas, au moins aussi considérable chez les individus morts à la suite de maladies aiguës prolongées, que chez ceux qui avaient succombé à des maladies essentiellement chroniques, comme le cancer. — La pie-mère était plus ou moins épaissie, rouge et engorgée, sur quatorze sujets, à peu près dans la même proportion que chez les phthisiques, et beaucoup moins fréquemment que chez les personnes mortes de maladies cérébrales ou de fièvres graves, dans le rapport de 1 à 7. Dans ces différents cas, il y avait presque toujours injection plus ou moins marquée du cerveau. — L'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux était très fréquent. Je l'ai observé quatre-vingt-douze fois, à divers degrés, dans les limites indiquées pour les phthisiques; et presque toujours il était proportionné à l'infiltration sous-arachnoïdienne. Dans les cas de mort subite, il équivalait à peine à deux ou trois petites cuillerées à café; ce qui semble confirmer ce que j'ai dit sur l'époque à laquelle cet épanchement paraît avoir lieu dans le plus grand nombre de cas (204). — Chez

quinze sujets, la consistance de la masse encéphalique était diminuée dans un degré plus ou moins remarquable, quoique moindre que chez les phthisiques dont il a été question. De ces quinze cas, deux seulement appartenaient à des individus morts de maladies aiguës; et comme le nombre de ces dernières était à celui des affections chroniques comme quarante-cinq à soixante-dix, on peut croire que la diminution de consistance du cerveau appartient plus particulièrement aux maladies de long cours. Enfin, j'ai observé six exemples de ramollissement partiel, comme pulpeux, du cerveau, et tous à la suite de quelque affection chronique.

Ainsi, que le ramollissement du cerveau fût général et peu marqué, ou partiel et comme pulpeux, il existait, pour ainsi dire exclusivement, chez des sujets qui avaient succombé à des maladies chroniques. Cette coïncidence pourrait faire soupçonner qu'il y a peut-être, dans quelques cas, une sorte d'analogie entre l'une et l'autre espèce de ramollissement.

Les lésions observées dans le cerveau et ses annexes étaient donc les mêmes à la suite de la phthisie et des autres affections chroniques; plusieurs d'entre elles se retrouvaient encore à la suite des maladies aiguës prolongées : il n'y avait de différence que dans les proportions.

Les seules altérations que je n'aie observées que dans le cerveau des phthisiques, sont les hydatides et les tubercules. Je ne considère pas les hydatides comme une lésion propre à la phthisie; mais ce qui a été dit jusqu'ici doit porter à croire que ce caractère appartient aux tubercules et aux granulations grises demi-transparentes de la pie-mère.

RÉSUMÉ (1).

On voit assez, par ce qui précède, que les poumons

(1) Le résumé porte sur les faits anciens et nouveaux qui ont été analysés.

n'étaient pas, dans le cours de la phthisie, les seuls organes devenus inhabiles à remplir leur fonctions; que d'autres encore étaient le siége de lésions si profondes, qu'elles auraient suffi pour amener la mort; que presque tous contribuaient, d'une manière plus ou moins évidente, à accélérer le terme fatal. Mais un résumé rapide de tous ces désordres en fera mieux ressortir l'ensemble.

Aux tubercules et aux excavations pulmonaires se trouvaient réunis, dans le dixième des cas, l'inflammation récente d'une partie plus ou moins considérable de l'un ou des deux poumons; celle de la plèvre, qui était tapissée par une fausse membrane, quelquefois tuberculeuse; ou l'épanchement d'une quantité notable de sérosité limpide, dans sa cavité.

La trachée-artère offrait des ulcérations, souvent très vastes, chez un peu moins du tiers des individus. Sa membrane muqueuse était seulement d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois un peu ramollie et épaissie, dans le cinquième des cas.

Les ulcérations du larynx existaient chez un peu plus de la cinquième partie des sujets. Celles de l'épiglotte n'étaient guère moins fréquentes.

Le péricarde contenait une quantité notable de sérosité bien claire chez le dixième des individus, offrait des traces d'inflammation ancienne ou récente chez plusieurs autres. Le cœur était assez souvent ramolli; l'aorte rouge chez la plupart des jeunes sujets, sa structure plus ou moins profondément altérée au-delà de quarante ans.

Chez le douzième des individus, l'estomac était très distendu et au-dessous de la position qui lui est naturelle; sa membrane muqueuse était rouge, quelquefois mamelonnée, un peu ramollie et épaissie à sa face antérieure, à peu près dans la même proportion. Dans la cinquième partie des cas, elle était ramollie et amincie dans une étendue plus ou moins considérable: on la trouvait très rouge, très ramollie,

et parfois épaissie, au niveau du grand cul-de-sac, chez le même nombre de sujets; ulcérée, plus ou moins grisâtre et mamelonnée, sur beaucoup d'autres, etc.; en sorte qu'elle n'était parfaitement saine que dans la cinquième partie des cas.

Il y avait des ulcérations plus ou moins nombreuses et larges, dans l'intestin grêle, chez les cinq sixièmes des individus. Elles étaient presque aussi fréquentes dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse, souvent rouge et augmentée d'épaisseur, était molle comme du mucus dans la totalité ou une grande partie de son étendue, dans la moitié des cas: de manière que je ne l'ai trouvée parfaitement saine, dans toute sa longueur, que trois fois.

La transformation des glandes lymphatiques en matière tuberculeuse était moins fréquente au cou, aux lombes, aux méso-colons et aux aisselles, que dans le mésentère, où elle existait, à divers degrés, sur le quart des individus. Elle était plus fréquente dans les ganglions bronchiques que dans aucune autre région.

Le foie avait subi la dégénérescence graisseuse dans la troisième partie des cas. Les parois de la vésicule biliaire étaient quelquefois épaissies et ulcérées. Alors, et dans d'autres circonstances encore, elle contenait des calculs.

La rate était ramollie, au-dessus ou au-dessous du volume qui lui est naturel, chez un grand nombre d'individus. Elle offrait des tubercules dans la seizième partie des cas.

Il en était à peu près de même, sous ce dernier point de vue, relativement aux reins, dans lesquels j'ai quelquefois trouvé des kystes séreux.

Chez plusieurs sujets, la prostate était transformée, en plus ou moins grande partie, en matière tuberculeuse. L'un d'eux offrait l'exemple de l'exhalation de la même matière à l'intérieur des vésicules séminales et des conduits déférents. Trois fois j'ai vu la couche la plus superficielle de l'utérus convertie, à l'intérieur, en matière tuberculeuse.

Il y avait un épanchement de sérosité claire, d'un à six litres, dans l'abdomen, chez la quatrième partie des individus; et une petite quantité de pus épais, ou quelque fausse membrane, dans la cavité du petit bassin, chez quatre autres sujets. Sur treize cas de péritonite tuberculeuse, le grand épiploon et les méso-colon offraient un mélange de matière grise bleuâtre demi-transparente, ou de matière tuberculeuse chez six sujets.

Bien souvent l'arachnoïde cérébrale était épaissie partiellement, offrait des granulations non tuberculeuses en plus ou moins grand nombre, à sa partie supérieure, près de la faux surtout. Elle était tapissée, chez deux sujets, par une fausse membrane jaunâtre et molle. Le tissu qui l'unit à la pie-mère était infiltré, les ventricules latéraux distendus par une quantité notable de sérosité, dans les trois quarts des cas. On trouvait le même liquide dans les fosses occipitales inférieures, mais un peu moins fréquemment et en moindre quantité. Dans quelque cas, le tissu sous-arachnoïdien, surtout celui qui répond à la scissure de Sylvius, était le siége d'un plus ou moins grand nombre de granulations grises demi-transparentes, ou véritablement tuberculeuses. — Chez le septième des sujets, le cerveau était plus ou moins injecté; chez le vingtième, sa consistance avait diminué dans toute sa masse, et, dans un cas surtout, à un degré très remarquable. Son ramollissement partiel et comme pulpeux existait dans la même proportion. Il offrait des tubercules dans un petit nombre de cas.

Toutes les membranes séreuses, l'arachnoïde, le péricarde, les plèvres, le péritoine, étaient donc, chez un grand nombre de phthisiques, le siége d'un épanchement plus ou moins considérable; et c'est dans les ventricules latéraux du cerveau qu'on l'observait le plus fréquemment, en quantité notable du moins. Les mêmes membranes étaient aussi le siége d'une inflammation aiguë aux derniers jours de la vie, les plèvres bien plus fréquemment que les autres, et les

fausses membranes qui les recouvraient étaient quelquefois tuberculeuses.

Dans certains cas, plusieurs des lésions qui viennent d'être rappelées auraient pu, comme je l'ai déjà dit, abstraction faite de l'état des poumons, causer la mort des sujets. Néanmoins, il y avait encore avec elles d'autres lésions, et j'ai donné l'histoire d'un sujet dont tous les viscères, les reins exceptés, se trouvaient plus ou moins profondément altérés. (Obs. 7.)

L'époque à laquelle on pouvait fixer le début des lésions qui viennent d'être rapportées, était très variable. Les unes, la pneumonie, la pleurésie, le ramollissement et la rougeur de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac, le ramollissement pulpeux de celle du colon, la péritonite aiguë, l'arachnitis, le ramollissement partiel et pulpeux du cerveau, avaient débuté dans les derniers jours de l'existence; la plupart étaient le produit de l'inflammation et indiquaient, dans la faiblesse, moins un obstacle qu'une cause favorable à son développement. Les autres remontaient à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal, quelquefois au début de la phthisie: telles étaient les vastes ulcérations intestinales dans quelques cas (Obs. 4), les granulations tuberculeuses des méninges, la péritonite chronique dans d'autres.

Ces lésions présentaient un double caractère: les unes semblaient propres à la phthisie, les autres en étaient indépendantes et existaient, à différents degrés, à la suite des affections chroniques les plus variées. Parmi les premières se trouvent les ulcérations du larynx et surtout celles de la trachée-artère et de l'épiglotte, les ulcérations de l'intestin grêle, l'état gras du foie: de manière qu'en voyant une ulcération dans l'un des organes qui viennent d'être indiqués, etc., on pourrait, en quelque sorte, avoir la certitude, abstraction faite de toute recherche ultérieure, que le sujet est mort phthisique.

Ces ulcérations, quel qu'en fût le siége, avaient, dans leur mécanisme, plusieurs points de contact. Quand la membrane muqueuse était détruite, le tissu cellulaire sous-muqueux s'épaississait plus ou moins et devenait inégal; après un certain temps, il s'ulcérait, et c'était l'époque à laquelle la tunique musculaire, à son tour, commençait à s'épaissir: cette tunique finissait aussi par être détruite, mais partiellement, et il était bien rare de voir sa destruction entière dans un point: en sorte qu'à mesure qu'une des membranes du conduit ulcéré disparaissait, l'autre s'épaississait, résistait pendant un temps plus ou moins considérable à la destruction, et retardait ainsi le terme fatal.

Une dernière lésion était propre aux phthisiques; c'étaient les tubercules ou les granulations grises demi-transparentes, ou la matière grise en masse; car, quelque part qu'ils se trouvassent, je n'en ai observé dans aucun cas et dans aucun viscère, après quinze ans, qu'il n'y en eût dans les poumons: de manière que leur existence, dans ces derniers organes, semble une condition nécessaire de leur développement dans les autres parties. Un autre fait semble encore attester cette dépendance, ou du moins l'action d'une seule et même cause agissant à la fois sur un grand nombre de points de notre économie: c'est qu'à l'exception d'un cas, j'ai toujours vu la matière tuberculeuse beaucoup plus avancée dans les poumons que partout ailleurs; que quand il y avait des tubercules dans différentes parties du corps, ils y étaient au même degré de développement; et qu'il serait difficile de concevoir cette uniformité, dans les parties les plus éloignées et les plus différentes par leur organisation, sans admettre l'action d'une seule et même cause, agissant à la fois et en même temps sur un grand nombre de parties, indépendamment des causes occasionnelles qu'on est tenté de reconnaître dans quelques cas.

Cette loi qui veut qu'après quinze ans il n'y ait pas de

tubercules dans un organe, s'il n'y en a dans les poumons, est assurément une des plus importantes de la pathologie, une des plus éminemment pratiques : car elle permet, comme nous le verrons plus tard, de reconnaître les tubercules pulmonaires dans des cas où cela serait absolument impossible sans sa connaissance ; elle éclaire le chirurgien en ne lui permettant l'ablation d'une tumeur soupçonnée ou reconnue tuberculeuse, chez des sujets qui n'offrent pas les symptômes de la phthisie, qu'après mûre réflexion, qu'autant que l'opération nécessaire pour enlever la tumeur serait peu grave, ou que l'existence de cette tumeur compromettrait, dans un avenir peu éloigné, les jours du sujet, etc.

Toutefois, comme mon but n'est pas de soutenir une opinion plutôt qu'une autre, je dirai au lecteur que j'ai trouvé une exception à la règle que je viens d'établir. C'était sur un sujet mort d'affection typhoïde. Ses poumons ne contenaient pas de tubercules, et néanmoins il y avait une petite quantité de matière tuberculeuse dans une des glandes mésentériques.

J'ai encore rencontré une exception à la loi dont il s'agit depuis la première édition de cet ouvrage ; on en trouve aussi une autre dans la *Gazette médicale* de 1839, fournie par un sujet de vingt ans dont les poumons, examinés avec soin, n'offraient pas la moindre granulation ou le moindre tubercule ; tandis qu'il y en avait dans le cerveau et dans le cervelet. Mais ces exceptions, infiniment rares, comme on voit, ne font que relever l'importance et l'universalité de la loi.

DEUXIÈME PARTIE.

Dans cette seconde partie, je décrirai successivement les symptômes de la phthisie et de ses diverses complications; j'examinerai les variétés qu'elle présente dans sa marche quelquefois aiguë ou latente; j'exposerai les faits relatifs à la perforation du parenchyme pulmonaire et aux morts subites; puis je passerai à l'étude du diagnostic, à celle du pronostic et des causes qui sont plus ou moins généralement considérées comme propres à favoriser le développement des tubercules dans les poumons.

CHAPITRE PREMIER.

DES SYMPTOMES DE LA PHTHISIE.

On a vu, par ce qui a été rapporté dans la première partie de cet ouvrage, combien il était rare de trouver un phthisique chez lequel le désordre fût borné aux poumons, et l'on pourrait en conclure qu'il est presque impossible de s'élever, d'après les cent vingt-trois observations que j'ai recueillies, à la description de la maladie dans son état de simplicité. Mais il ne serait pas convenable, on en conviendra, de considérer comme complications plusieurs des lésions décrites, les ulcérations de la trachée-artère, du larynx, de l'épiglotte, de l'un et de l'autre intestin, la transformation graisseuse du foie, etc.; vu que ces lésions, étant propres à la phthisie, en font en quelque sorte partie.

Je remarquerai encore que les accidents survenus dans les derniers temps de l'affection, la pleurésie, la péripneumonie, etc., etc., ne lui ôtent pas son caractère de simplicité; en sorte que le cercle dans lequel on aurait pu me croire resserré prend beaucoup d'extension, et que je puis faire reposer la description générale de la maladie sur un grand nombre de faits.

Pour exposer les symptômes avec quelque méthode, je partagerai, à l'exemple de Laënnec, le cours de la phthisie en deux époques principales : l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation de la matière tuberculeuse par les bronches.

Première époque. Dans la plupart des cas, la maladie débutait sans cause connue. Le tiers des individus en attribuait les premiers symptômes à des alternatives de chaud et de froid auxquelles ils étaient exposés par leur profession, à des vents coulis, à l'immersion des pieds dans l'eau froide, à l'eau qu'ils avaient bue étant en sueur. Mais la plupart, ceux qui accusaient un vent coulis ou des alternatives de chaud et de froid, auxquels les exposaient leurs travaux habituels, ne le faisaient pas d'une manière positive : c'était, de leur part, une simple conjecture, fruit de cette croyance en vertu de laquelle il n'existe pas de maladie de poitrine sans refroidissement; de manière que dans presque tous ces cas, en recherchant la date du début de la maladie et celle de l'application du froid, quand elle avait eu lieu, on trouvait quinze jours, un mois d'intervalle et plus, entre l'un et l'autre. Un très petit nombre de malades fixait d'une manière assez précise les premiers symptômes du *rhume*, à vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures de l'application de la cause à laquelle ils l'attribuaient.

Qu'il y eût ou non des causes apparentes, la maladie débutait par une toux, ordinairement peu considérable, et les malades n'y faisaient d'abord aucune attention, croyant n'avoir qu'un simple rhume, auquel plusieurs d'entre eux

étaient sujets. Cette toux était ordinairement accompagnée de crachats clairs, semblables à de la salive battue ; ou bien (dans la dixième partie des cas) elle était sèche pendant un ou plusieurs mois, et, chez quelques sujets, elle avait lieu par quintes et faisait des progrès rapides. Après un temps plus ou moins considérable, les crachats devenaient moins clairs, étaient légèrement verdâtres et un peu opaques. Ils changeaient complétement d'aspect à la seconde période. —Dans quelques cas, les premiers symptômes étaient précédés d'une hémoptysie plus ou moins forte, ou bien ils débutaient avec elle, le plus ordinairement ils en étaient suivis. La respiration n'était pas sensiblement gênée d'abord, et la dyspnée ne devenait incommode, chez un certain nombre de sujets, qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Dans bien des cas il y avait des douleurs plus ou moins vives aux épaules, ou entre les épaules et sur les côtés de la poitrine, quelque temps après le début, ou très peu après le début, quand la maladie avait une marche rapide; et un épanchement pleurétique avait lieu aussi chez quelques sujets. — Si l'on pratiquait l'auscultation dans cette première période, le bruit respiratoire ne paraissait pas toujours altéré, du moins quand il n'y avait que des granulations grises. Mais chez un assez grand nombre de malades, la respiration était faible sous l'une ou l'autre des clavicules, ou un peu râpeuse, dure ; et, dans les mêmes régions, il y avait, dans un espace limité, quelques craquements, un peu de râle sous-crépitant et sonore, et la poitrine rendait un son moins clair que du côté opposé.

A ces symptômes, qu'on peut appeler locaux, se joignaient des dérangements plus ou moins marqués dans les diverses fonctions de l'économie. Parfois il y avait des alternatives de chaud ou de froid, ou même des sueurs nocturnes, dès le début; mais ces accidents ne se manifestaient ordinairement qu'à une époque plus avancée, et généralement dans la seconde période : le pouls était plus accéléré que dans l'état nor-

mal. A part un petit nombre de cas, l'appétit se maintenait, dans les premiers temps, presque aussi considérable qu'avant l'apparition des premiers symptômes; puis il diminuait progressivement. Si la toux était forte, il y avait quelquefois des vomissements après le repas; mais quand cette cause était la seule, ils n'étaient pas de longue durée. Peu de malades avaient du dévoiement; un plus petit nombre, quelques douleurs de ventre avec les autres symptômes de la péritonite chronique. Les forces diminuaient avec plus ou moins de rapidité; la maigreur se manifestait peu après le début et faisait d'abord des progrès lents.

Deuxième époque. Dans cette seconde période, la toux était ordinairement plus incommode et plus fréquente que dans la première, la nuit surtout: les crachats étaient verdâtres, striés de lignes jaunes opaques, privés d'air, prenaient une forme particulière, étaient arrondis, comme lacérés. Assez fréquemment, sous l'influence du régime et des délayants, ils perdaient une partie de ces caractères qu'ils reprenaient ensuite, au bout d'un temps plus ou moins considérable. Dans les derniers jours de l'existence, ils avaient assez ordinairement l'aspect d'une purée verdâtre et grisâtre; enfin, ils étaient souvent, alors, accompagnés de crachats semblables à ceux de la première époque. — L'hémoptysie était assez fréquente, mais le plus ordinairement peu considérable; la dyspnée faisait des progrès plus ou moins rapides, suivant la marche de la maladie; les douleurs étaient souvent plus vives que dans la première époque. Quelquefois aussi on observait des symptômes pleurétiques très intenses, qui exigeaient un traitement très actif. Les malades avaient presque toujours la tête basse; leur décubitus était varié, bien que, dans un assez grand nombre de cas, il eût exclusivement lieu du côté opposé aux grandes excavations. — En pratiquant l'auscultation, on entendait dans un ou plusieurs points de la poitrine correspondants au sommet des poumons, une pectoriloquie plus ou moins parfaite, du gargouillement

ou la respiration trachéale; et, dans la troisième partie des cas, la percussion de la poitrine ne rendait aucun son au-dessous de l'une ou l'autre clavicule, dans une étendue ordinairement considérable. — C'est aussi dans cette période que se développaient les symptômes propres aux différentes lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, aux ulcérations de l'épiglotte et du larynx, lésions qui sont trop souvent la source d'angoisses longues et inexprimables.

Chez la plupart des sujets, la fièvre était continue, avec des redoublements. Ceux-ci avaient lieu dans la soirée, commençaient ordinairement par un frisson plus ou moins fort, suivi de chaleur et de sueur. La soif était vive, à moins que la marche de la maladie ne fût très lente; l'appétit décroissait dans la proportion des forces, était inégal; ou même, dans quelques cas, l'anorexie était complète, bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût parfaitement saine, ou n'offrît que des lésions légères ou récentes. Chez un petit nombre de sujets, les selles étaient régulières jusque dans les derniers jours de la vie: plusieurs n'avaient de diarrhée que vingt ou trente jours avant la mort; dans la majorité des cas, ce symptôme débutait à une époque très éloignée du terme fatal, et chez quelques sujets, on observait des symptômes de péritonite chronique, comme nous l'avons déjà vu pour la première période. La maigreur faisait des progrès rapides, et, à moins que les malades n'éprouvassent quelque accident particulier, comme la perforation du parenchyme pulmonaire, etc., ils succombaient dans le dernier degré de marasme, conservant, jusqu'à la fin, l'exercice des facultés intellectuelles, si ce n'est dans quelques cas où des lésions graves des méninges venant à se développer, modifiaient profondément l'expression symptomatique de la maladie, et en accéléraient encore le terme fatal.

Quatorze sujets, sur cent quatre-vingt-treize, un peu plus de la quatorzième partie, succombèrent dans l'espace de vingt-deux à quatre-vingt-quatre jours! et tous les sujets,

ou presque tous les sujets qui sont atteints de phthisie y succombent! et la très grande majorité est alors dans la jeunesse ou dans la première jeunesse! Que de raisons pour se livrer à l'étude de cette maladie, de sa marche, de ses causes, des mille circonstances qui peuvent avoir de l'influence sur son développement!

La durée de chacune de ses périodes était très variable, et proportionnée à celle de l'affection. Le tableau suivant, qui donne la durée de la maladie de cent quatre-vingt-treize sujets, en montre les limites.

Durée de l'affection.	Nombre des morts.	Durée de l'affection.	Nombre des morts.
22 jours.	1	9 mois et demi	1
24 jours.	1	10 mois.	7
30 jours.	3	11 mois.	8
35 jours.	1	12 mois.	5
40 jours.	2	12 mois et demi	1
42 jours.	2	13 mois.	2
45 jours.	1	13 mois et demi	1
50 jours.	1	14 mois.	6
60 jours.	2	14 mois et demi	1
70 jours.	1	de 15 à 16 mois.	5
75 jours.	1	de 17 à 18 mois.	4
80 jours.	1	19 mois.	1
84 jours.	1	20 mois.	3
3 mois.	5	21 mois.	2
3 mois et demi.	2	22 mois.	3
4 mois.	19	24 mois.	18
5 mois.	10	28 mois.	1
5 mois et demi.	3	30 mois.	1
6 mois.	18	32 mois.	5
6 mois et demi	3	36 mois.	1
7 mois.	8	48 mois.	5
7 mois et demi	1	60 mois.	1
8 mois.	12	66 mois.	1
8 mois et demi	1	72 mois.	1
9 mois.	12	84 mois.	1
Total.	103	96 mois.	1
		Total.	90

C'est-à-dire que sur 193 phthisiques dont la durée de la maladie a été fixée avec toute la précision possible, 3 ont succombé en 1 mois; 2 en moins d'un mois; 11 dans l'espace de 35 à 84 jours; 52 du 3e au 6e mois de l'affection; 62, près du tiers, du 7e au 12e mois inclusivement; 51

du 13e au 24e mois, aussi inclusivement ; et les 23 derniers ont succombé du commencement de la 3e année au milieu de la 8e : proportions qui diffèrent peu de celles que j'avais trouvées lors de la première édition de mes recherches, sur les 115 malades dont le tableau suit.

Durée de l'affection.	Nombre des morts.	Durée de l'affection.	Nombre des morts.
21 jours	1	11 mois	2
25 jours	8	12 mois	6
30 jours	1	12 mois et demi	2
32 jours	1	13 mois et demi	1
41 jours	1	14 mois	3
2 mois	2	14 mois et demi	1
2 mois et demi	3	15 mois	6
3 mois	2	17 mois	2
4 mois et demi	7	18 mois	4
5 mois	8	19 mois	1
5 mois et demi	2	20 mois	1
6 mois	7	2 ans	5
6 mois et demi	1	2 ans et demi	3
7 mois	8	3 ans	4
7 mois et demi	5	4 ans	6
8 mois	4	5 ans	2
9 mois	7	10 ans	1
9 mois et demi	1	12 ans	2
10 mois	2	14 ans	1
10 mois et demi	1	20 ans	1
Total	64	Total	51

La phthisie peut donc, comme je le disais tout à l'heure, enlever ceux qu'elle attaque avec une effrayante rapidité, et ceux qu'elle enlève si rapidement ne sont malheureusement pas dans une imperceptible minorité.

Quant à la mortalité, elle était à celle qui est causée par les autres maladies, à très peu près comme un à deux ; c'est-à-dire que de trois cent cinquante-huit sujets morts dans l'espace de trois années et demie, dans le service de M. Chomel, cent vingt-trois avaient succombé à la phthisie, et deux cent trente-cinq à des affections de différente nature. Et si, au nombre des phthisiques indiqué, on ajoute celui des sujets qui, ayant succombé à d'autres maladies, avaient néanmoins des tubercules ou des excavations tuber-

culeuses dans les poumons, c'est-à-dire quarante, on trouve que, sur trois cent cinquante-huit sujets, cent soixante-trois, ou à très peu près la moitié de la totalité, avaient des tubercules pulmonaires, étaient morts phthisiques! Proportion énorme, et qui n'est cependant pas, à beaucoup près, celle de tous les individus qui succombent à des maladies mortelles de leur nature, au moins jusqu'ici.

Étudions maintenant les symptômes que je n'ai fait qu'indiquer.

ART. I. — Toux.

La toux était très variable. Quelques malades ne toussèrent que dans les derniers jours de la vie (Obs. 54, 55), bien qu'ils eussent depuis un certain temps des excavations tuberculeuses dans les poumons. D'autres, c'était le petit nombre, toussaient fort peu; ou bien, après avoir existé un certain temps, la toux cessait complétement, pour ne se montrer ensuite que dans les derniers jours de leur existence. (Obs. 53.) La plupart se plaignaient d'une toux incommode, la nuit surtout, et ne trouvaient un peu de sommeil qu'au moyen de quelque dose d'opium, qui ne les calmait pas toujours. Cette toux revenait quelquefois par quintes, excitait beaucoup de dyspnée, souvent même des vomissements et une sensation pénible à l'épigastre. En général, sa force et sa fréquence étaient proportionnées à la marche plus ou moins rapide de la maladie.

Les émotions vives, les mouvements un peu trop multipliés ou trop énergiques, rendaient la toux plus forte ou en accéléraient le retour; et nous avons vu plus haut que chez un certain nombre de sujets, à une certaine époque de la maladie, le décubitus du côté de la principale excavation provoquait la toux, était insupportable; en sorte que l'existence de ce fait peut aider à faire reconnaître le côté de la poitrine qui est le plus affecté, indépendamment

de l'auscultation et de la percussion. L'augmentation de la toux tiendrait-elle à ce que, dans la position indiquée, les cavernes se vident plus difficilement du liquide qu'elles contiennent que dans la situation opposée?

ART. II. — Crachats.

Le passage de la première à la seconde époque était marqué, comme je l'ai déjà dit, par un changement remarquable dans l'aspect et la forme des crachats. De blancs, muqueux et le plus souvent aérés, ils devenaient verdâtres, opaques, étaient dépourvus d'air et striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses, qui les rendaient parfois comme panachés. Si alors on pratiquait l'auscultation, on entendait, au sommet des poumons, un retentissement plus ou moins marqué de la voix, la pectoriloquie, ou une respiration très forte, comme trachéale, souvent mêlée de gargouillement, quelquefois d'un gros râle crépitant, sec. Quelquefois aussi on rencontrait, dans les crachats, des parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable, suivant la remarque de Bayle, à du riz cuit : mais ces parcelles étaient rares et existaient dans un bien moins grand nombre de cas que les stries.

Après un temps plus ou moins considérable, on cessait ordinairement d'observer les stries et les parcelles de matière blanche; les crachats étaient homogènes, leur forme arrondie ou comme lacérée au pourtour ; ils étaient lourds et plus ou moins consistants, ne gagnaient pas toujours le fond de l'eau néanmoins, flottaient même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair que les malades expectoraient avec eux. Après avoir été plus ou moins long-temps d'un jaune verdâtre, ils prenaient une teinte grisâtre, un aspect sale, assez analogue à celui de la matière contenue dans les excavations tuberculeuses déjà anciennes. C'était dans les derniers jours de la vie ; quinze, vingt jours, le plus ordi-

naissement quelques jours seulement avant la mort. Alors ils perdaient une partie de leur consistance, s'aplatissaient sur le crachoir, formaient une sorte de purée, étaient quelquefois souillés de sang ou entourés d'une auréole rose. Cette dernière coloration serait sans doute plus fréquente, si tous les malades crachaient dans les dernières vingt-quatre heures de l'existence, puisqu'à l'ouverture des corps les mucosités bronchiques sont ordinairement plus ou moins rouges.

L'ensemble de ces caractères peut, indépendamment de tout examen ultérieur, indiquer d'une manière à peu près certaine l'existence de quelque excavation tuberculeuse dans les poumons. Je dis l'ensemble; car des crachats verts, homogènes, opaques, existent dans le catarrhe pulmonaire chronique, quelquefois même dans le catarrhe pulmonaire aigu; mais ils ne sont pas striés, ne contiennent pas de ces parcelles blanches dont j'ai parlé, ne sont pas ordinairement pelotonnés comme ceux des phthisiques. Cette forme arrondie est certainement un de leurs attributs les plus précieux par rapport au diagnostic, et, dans deux cas très remarquables (Obs. 37, 53), elle a été, pour M. Chomel et pour moi, le premier indice de l'affection tuberculeuse des poumons.

Toutefois, je dirai aussi que, dans les derniers jours de la vie, j'ai vu deux fois les crachats pelotonnés et opaques, bien que les poumons n'offrissent ni tubercules, ni cavité tuberculeuse, ni dilatation de bronches.

Ces caractères se retrouvaient chez tous les sujets, à part trois cas dans lesquels les crachats furent constamment muqueux, aérés, blanchâtres ou très légèrement jaunâtres, ou bien encore, grisâtres, demi-transparents, comme vitrés en quelque sorte; sans avoir offert, à une époque quelconque de la maladie, la forme pelotonnée dont il a été question.

Dans la plupart des cas, les crachats verdâtres, opaques et striés, étaient accompagnés de crachats muqueux plus

ou moins aérés, quelquefois plus ou moins visqueux, qui retenaient le caractère de la première époque; ou bien, ceux-ci manquant, les premiers flottaient au milieu d'un liquide clair et ténu comme de la salive, plus ou moins abondant. Quelquefois ils étaient pour ainsi dire à sec.

La quantité de matière expectorée variait aux différentes époques de la maladie. Dans la première, quand l'affection avait une marche rapide, les crachats étaient quelquefois très abondants, les malades en remplissaient un ou deux crachoirs dans une journée; ce qui équivalait à 300 ou 600 grammes. Dans la seconde, ils étaient moins copieux, à moins qu'à ceux de cette époque ne se mêlât une quantité considérable de ceux de la première : dans le cas contraire, il arrivait assez fréquemment qu'ils recouvraient à peine le fond du vase destiné à les recevoir, et jamais je ne les ai vus le remplir en entier. Un petit nombre de malades ne rendait, dans l'espace de vingt-quatre heures, que quelques crachats. Ils furent entièrement suspendus plusieurs jours de suite chez deux sujets : un troisième (c'était une femme qui mourut à la suite du croup (1), ayant de grandes excavations tuberculeuses dans les poumons, dont la maladie datait de neuf mois quand je l'observai) n'expectora à aucune époque de sa maladie; et le soin que j'ai mis à l'interroger sur ce point, met le fait hors de doute (2).

Cependant on voit quelquefois, dans la seconde période de la maladie, des sujets rendre, en très peu de temps, une énorme quantité de crachats comme puriformes, sans qu'on puisse imaginer qu'une masse de tubercules ramollis se soit fait jour tout d'un coup dans les bronches et ait été la source de cette expectoration. Des cas pareils ont été observés par bon nombre de praticiens, et ont fait croire trop souvent, je n'en

(1) Voyez la sixième observation de mon mémoire sur le Croup, considéré chez l'adulte, *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques*, Paris, 1826, pag. 256.

(2) Mais cette femme ne serait-elle pas du petit nombre des personnes qui arrivent à l'âge adulte sans pouvoir cracher et avalent leurs crachats, comme le font si ordinairement les enfants?

doute pas, quand il y avait en même temps épanchement dans la plèvre correspondante, que la matière évacuée venait de cette source. J'ai observé une semblable coïncidence, il y a une année environ, à l'hôpital Beaujon; mais, outre que le malade qui avait rendu l'énorme quantité de crachats liquides et puriformes dont il s'agit, n'avait pas éprouvé les symptômes de la perforation du poumon, le niveau de l'épanchement n'avait pas changé à la suite de l'évacuation; ce qui n'aurait pas eu lieu dans le cas où l'épanchement eût été la source principale de la matière expectorée: et je suis porté à croire, par cette raison, qu'il suffit d'une augmentation momentanée de sécrétion dans les cavernes et dans les bronches communicantes, lesquelles sont ordinairement le siége d'une grave inflammation, pour amener ces abondantes expectorations qui ont fait croire à ce qu'on appelait des vomiques.

Du reste, comme on trouve quelquefois, dans les cavernes des poumons, des débris de colonnes ou de brides tuberculeuses, quelquefois des concrétions calculeuses, on ne saurait s'étonner, suivant la remarque de M. Andral, de trouver aussi quelquefois, réunis à la matière expectorée, de semblables débris: mais ces cas sont peu nombreux, car je n'en ai observé ni dans les hôpitaux ni dans la ville, où les personnes qui soignent les malades conservent avec un si grand soin tout ce qui concerne les évacuations.

Après avoir été verdâtres et opaques, etc., etc., pendant un espace de temps plus ou moins considérable, les crachats perdaient ordinairement, sous l'influence du repos, de la diète et des boissons délayantes, une partie de leurs caractères, devenaient moins opaques, étaient quelquefois comme vitrés, conservaient ou perdaient leur forme arrondie, et, après un temps plus ou moins considérable, reprenaient leur premier aspect.

Dans la première période, quand ils étaient muqueux et plus ou moins largement aérés, qu'il n'y avait encore ni

gargouillement ni pectoriloquie, et dès lors point d'excavation, les crachats ne pouvaient avoir leur source que dans les bronches. Plus tard, dans la seconde période, ils étaient tout à la fois le produit de la sécrétion du tube aérien et de celle qui avait lieu dans les cavités tuberculeuses. On en trouve la preuve dans l'altération de leurs caractères au moment où la pectoriloquie et le gargouillement indiquaient la fonte des tubercules et leurs communications avec les bronches; surtout, dans la ressemblance des stries jaunâtres avec la matière tuberculeuse liquéfiée, telle qu'on la trouve ordinairement dans les excavations récentes. Plus tard encore, cette double source n'est pas moins évidente; soit que l'on réfléchisse qu'assez souvent on trouve dans les bronches voisines des excavations une matière en tout semblable à celle qui y est contenue; que dans les derniers jours de la vie, cette dernière ne diffère pas sensiblement de celle qui est expectorée; que les différences qu'il est si ordinaire de rencontrer dans les résultats de l'auscultation, avant ou après l'expectoration, supposent un changement quelconque dans la proportion des liquides contenus dans les cavités tuberculeuses; que d'ailleurs, il est impossible que des cavités qui communiquent librement avec les bronches par un plus ou moins grand nombre d'ouvertures, n'y versent pas à chaque secousse de toux une partie du liquide qu'elles contiennent; et qu'enfin, la situation d'un certain nombre de ces ouvertures, à la partie la plus déclive des excavations, indique que le passage dont il s'agit a peut-être lieu fréquemment par le simple effet de la pesanteur.

Ces considérations se trouvent encore fortifiées, dans un grand nombre de cas, par l'état pathologique des bronches. Nous avons vu, en effet, que quand elles sont très rouges et très épaisses, ce n'est pas dans le voisinage des masses de matière grise ou tuberculeuse, mais dans celui des excavations; ce qui ne semble pouvoir s'expliquer

qu'en admettant le passage plus ou moins fréquent de la matière de ces excavations dans les bronches.

Après cela, il ne me semble pas douteux que la violente inflammation de la membrane muqueuse bronchique, à cette période de la maladie, ne contribue beaucoup au changement de la matière expectorée ; qu'à une certaine époque les crachats opaques, verdâtres et grisâtres, ne soient autant le résultat de la sécrétion de la membrane muqueuse des bronches que de celle des parois des excavations ; et qu'il n'y ait que peu ou point de différence entre la matière fournie par les unes ou par les autres.

ART. III. — Hémoptysie.

L'hémoptysie existait, forte ou faible, chez les deux tiers des sujets : cinquante-sept fois sur quatre-vingt-sept cas.

Par hémoptysie forte, j'entends celle qui, dans un espace de temps peu considérable, quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure ou une heure, donne lieu à l'évacuation de 60, 100 grammes et plus, d'un sang plus ou moins liquide et spumeux, quelquefois noirâtre et en caillots, et s'accompagne, dans certains cas, de contractions du diaphragme qui portent les malades à croire qu'ils ont vomi du sang. L'hémoptysie est faible, quand ils ne rendent que quelques gorgées d'un sang spumeux, pur ou mêlé avec des crachats ; et celle-ci dure quelquefois plusieurs mois de suite. Le nombre des malades qui avaient éprouvé l'une ou l'autre, était à peu près le même. Des cinquante-sept sujets dont il a été parlé, vingt-cinq avaient eu des hémoptysies fortes.

Forte ou faible, l'hémoptysie devançait quelquefois la toux et les crachats, d'un espace de temps plus ou moins considérable. Douze de mes malades étaient dans ce cas, et huit d'entre eux avaient éprouvé une hémoptysie forte. Celle-ci débutait encore plus souvent que l'hémoptysie faible, dans le cours ou au commencement de la première période de

la maladie, dans la proportion de neuf à sept. — Le crachement de sang était rare quand la faiblesse était à son maximum, dans les derniers jours de la vie. Je ne l'ai observé à cette époque que sur quatre sujets, un égal nombre de fois considérable ou faible, et, dans aucun deux, il n'a causé la mort. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; et depuis la première édition de cet ouvrage, j'ai vu trois fois l'hémoptysie devenir mortelle, sur une masse de 300 phthisiques environ, en interceptant, par sa trop abondance, le passage de l'air. En sorte que l'hémoptysie, qui est fréquemment le premier symptôme de la phthisie, en est aussi quelquefois le dernier, et que dans des cas bien rares sans doute, elle pourrait être à la fois, et au même moment, le premier et le dernier indice d'une affection tuberculeuse.

Mais l'hémoptysie qui devance la toux et les crachats, surtout celle qui est forte, doit-elle être considérée comme un avant-coureur des tubercules, ou comme un symptôme qui décèle leur présence? Depuis plus de quinze ans, j'ai demandé à tous les sujets soumis à mon observation, et atteints d'une maladie autre que la phthisie, s'ils avaient eu quelque crachement de sang, et j'en ai toujours reçu des réponses négatives; excepté de quelques uns de ceux qui avaient éprouvé de fortes secousses de poitrine par suite d'une violence extérieure, ou des femmes dont les règles avaient été subitement supprimées. D'un autre côté, j'ai observé quelques individus qui, ayant un certain nombre de tubercules dans les poumons, n'éprouvaient aucun symptôme qui annonçât leur présence, ou n'en éprouvaient que de généraux: en sorte que rien ne doit paraître moins étonnant que de voir des tubercules pulmonaires donner lieu, à une certaine époque de leur existence, à un seul symptôme, et en particulier au crachement de sang: et par toutes ces raisons, je pense que l'hémoptysie, une hémoptysie un peu forte, à part les cas dont il a été question, indique d'une manière infiniment probable, quelle que soit l'époque de son appa-

rition, la présence de quelques tubercules dans les poumons. Je ne dis pas d'une manière certaine, plusieurs faits bien constatés paraissant faire une heureuse exception à cette règle.

Je sais bien que Broussais ne s'est pas borné à nier que l'hémoptysie fût l'effet, ou annonçât d'une manière infiniment probable l'existence de tubercules pulmonaires; qu'il a avancé qu'une *foule* de causes étrangères aux tubercules pouvait amener l'hémoptysie, et que Laënnec avait bien mieux compris les faits, lorsqu'il faisait de l'apoplexie sanguine pulmonaire la principale cause des hémoptysies un peu copieuses. Mais cette assertion de l'illustre auteur de l'auscultation est erronée; car maintes fois on rencontre l'apoplexie pulmonaire sur le cadavre d'individus qui n'ont pas eu d'hémoptysie, et l'inverse n'est pas moins fréquent. J'ajouterai que dans l'épidémie de fièvre jaune qui a régné en 1828 à Gibraltar, l'apoplexie pulmonaire était très fréquente; tandis qu'aucun sujet (j'ai pris des renseignements très précis à ce sujet) n'a éprouvé d'hémoptysie à la même époque. Enfin, j'ai eu bien souvent, depuis quinze ans, l'occasion d'observer des phthisiques au moment d'une hémoptysie grave ou très peu après, et, dans aucun cas, je n'ai observé les symptômes indiqués par Laënnec comme appartenant à l'apoplexie pulmonaire. A moins de vouloir se mettre au-dessus des faits, il est impossible, ce me semble, de ne pas admettre qu'à part quelques exceptions malheureusement trop rares, l'hémoptysie un peu grave est le signe d'une affection tuberculeuse des poumons.

Si j'insiste autant sur la valeur de l'hémoptysie, c'est qu'il importe beaucoup de reconnaître la phthisie à son début; et cela importera bien davantage encore, le jour où l'on aura l'espoir fondé d'arrêter ou de prévenir, par des moyens bien déterminés, les progrès de cette affection.

Je n'ignore pas non plus qu'un certain nombre de personnes

ont éprouvé, à une époque déjà éloignée, quelques hémoptysies, sans accidents ultérieurs graves. Mais on doit convenir aussi qu'il n'est pas infiniment rare de voir des personnes avoir une excavation pulmonaire au sommet de l'un des poumons, sans être malades, sans avoir de toux, si ce n'est par intervalles; qu'il est très fréquent de trouver, chez les vieillards, des concrétions crétacées au sommet des poumons, sans qu'on s'en soit douté avant l'autopsie : de manière qu'à moins d'une exploration extrêmement attentive et répétée, du sommet de la poitrine, au moyen de l'auscultation et de la percussion, chez une personne qui aurait eu une hémoptysie sans symptômes ultérieurs, pendant longues années, on ne peut pas donner, avec certitude, ces cas comme la preuve que l'hémoptysie peut être indépendante des tubercules pulmonaires.

Il existe, dans ce moment, à l'hôpital Beaujon, une femme qui y fut prise d'une hémoptysie extrêmement grave, il y a plusieurs mois, et qui, quelques jours avant son apparition, n'offrait pas de signes locaux évidents d'une affection tuberculeuse. Il en fut encore de même pendant quelques jours après la cessation du crachement de sang, bien qu'alors la toux existât déjà depuis quelques mois, accompagnée d'un peu d'amaigrissement. Mais les signes en question ne tardèrent pas à se développer, quoique toujours avec beaucoup de lenteur, et l'hémoptysie, qu'on aurait pu croire essentielle à son apparition, ne peut plus être envisagée, aujourd'hui, que comme un symptôme de tubercules.

Au reste l'analogie est, cette fois du moins, d'accord avec l'observation : car quand une hémorrhagie a son siége dans un organe plus ou moins profondément situé, elle est presque toujours le signal d'une altération plus ou moins grave de sa structure. J'ajoute que quand l'hémoptysie devançait les autres symptômes de l'affection tuberculeuse, elle était quelquefois suivie de dypsnée, débutait tout-à-coup (Obs. 55, etc.), ordinairement au milieu d'une santé parfaite,

sans phénomènes précurseurs, sans cause appréciable; et qu'il est naturel de penser que cette cause, pour rester cachée, était néanmoins la même que celle qui devait rappeler plus ou moins fréquemment le même symptôme, dans la suite.

Le *sexe* avait une influence marquée sur l'hémoptysie. On l'observait plus souvent chez les femmes que chez les hommes, dans la proportion de trois à deux. Ainsi, de quarante-deux femmes soigneusement interrogées sous ce rapport, trente-six avaient eu des crachements de sang; et sur trente-huit hommes, vingt et un seulement étaient dans ce cas.

Le rapport de l'hémoptysie à l'âge n'était pas le même dans l'un et l'autre sexe. La troisième partie des femmes, âgées de dix-neuf à quarante ans, n'avait point eu de crachement de sang; tandis que, de quarante à soixante-cinq, il n'a manqué que chez la septième partie des sujets : proportion inverse de celle qui devrait exister si, suivant l'opinion de quelques médecins, l'hémoptysie pouvait être considérée, dans certains cas, comme un supplément à la diminution ou à la suppression des règles. Chez l'homme, au contraire, la proportion était exactement la même au-dessus et au-dessous de quarante ans; de sorte que, sur douze sujets au-dessus de cet âge, six ont été hémoptoïques, et sur vingt-six au-dessous, quatorze. Si le petit nombre de faits que je viens de rappeler est insuffisant pour établir, d'une manière sûre, le rapport de l'âge avec la fréquence de l'hémoptysie, dans l'un ou l'autre sexe, il pourra du moins fixer l'attention des observateurs sur ce point, et les engager à des recherches utiles.

L'âge n'avait point d'influence marquée sur la force ou la faiblesse de l'hémoptysie; et quant à la fréquence de son retour chez le même sujet, elle était en raison de la durée de la maladie.

Toutefois il est bien digne de remarque que l'hémoptysie est

très rare avant quinze ans chez des enfants tuberculeux. Tous ceux qui ont étudié les maladies de l'enfance avec soin sont d'accord sur ce point, et M. Guersant (Thèse, p. 12) assure que sur près de cent enfants phthisiques qu'il a observés, deux seulement ont eu des hémoptysies, deux jeunes filles, l'une de neuf, l'autre de onze ans.

J'ai encore cherché s'il y avait quelque rapport entre le symptôme qui nous occupe, la force et la faiblesse de la *constitution* : et sur quarante-huit sujets, j'ai trouvé un égal nombre de constitutions fortes et faibles. Toutefois, le partage n'était pas le même entre les hommes et les femmes : les constitutions fortes dominaient chez ces dernières.

Dans quelques cas, l'hémoptysie forte n'avait eu lieu qu'une fois dans le cours de la phthisie : rarement elle se répéta trois, quatre, ou un plus grand nombre de fois. L'observation suivante mettra sous les yeux du lecteur un cas de cette espèce.

Xᵉ OBSERVATION.

Un jeune homme de dix-huit ans, très bien conformé, d'une grande taille, cheveux noirs, caractère vif, embonpoint modéré, fut admis à l'hôpital de la Charité le 26 novembre 1821. Né de parents sains, ayant la respiration gênée depuis l'enfance, il avait été pris, dans les derniers jours d'octobre, au milieu d'une santé parfaite, et sans cause appréciable, d'une hémoptysie abondante. Depuis, le crachement de sang avait continué, mais peu considérable, si ce n'est dans les derniers jours. La toux avait paru avec l'hémoptysie, accompagnée de quelques crachats, peu incommode, sans douleurs de poitrine, sans chaleur ni frissons. Il n'y avait eu qu'un peu de sensibilité au froid. Le malade s'était refusé à toute espèce de traitement, n'avait rien retranché de sa nourriture ordinaire ni de ses occupations, et ne s'était décidé qu'avec peine à venir à l'hôpital.

Le 27 : figure médiocrement animée, air de satisfaction, légère diminution des forces; respiration peu accélérée, toux rare, excitée par le décubitus dorsal; crachats un peu visqueux et jaunâtres, aérés; quelques uns très rouges : décubitus incommode à gauche, poitrine un peu moins sonore sous la clavicule de ce côté qu'à droite dans la partie correspondante. Le bruit respiratoire était nul, par intervalles, dans quelques points, et, sur les parties latérales du côté gauche, on entendait, au moyen du stéthoscope, un bruit comparable à celui d'une bulle d'air qui roulerait dans un canal de moyenne dimension; le pouls était calme, un peu plein, la chaleur naturelle; la langue dans l'état normal, l'appétit bon, la soif nulle, le ventre souple et indolent : il y avait un peu de diarrhée depuis deux jours (*Saignée de 250 grammes; tis. d'orge avec le sirop de gom.; pot. gom.; un demi-litre de lait, un quart de pain.*)

Il n'y eut pas de changement appréciable le lendemain. Le 29, peu après l'heure de la visite : hémoptysie abondante, évaluée à 200 grammes; sang noir ou spumeux et d'un beau rouge : même état de la respiration, mêmes résultats de l'auscultation que l'avant-veille. (*Saignée de 250 grammes; vésic. au bras gauche; orge édulc.; looch; trois soupes.*)

Le 30 : nouvelle hémoptysie accompagnée de tiraillements à l'épigastre, sans augmentation de la toux, sans chaleur de poitrine, sans frissons préalables.

Jusqu'au 8 novembre, à peine quelques crachats un peu tachés de sang : mais, dans la matinée du même jour, au milieu du plus parfait repos, hémoptysie beaucoup plus forte que les premières, respiration plus faible en arrière du côté gauche que du côté droit. (*Saignée de 350 grammes.*)

Le lendemain, un peu de douleur de gorge et de difficulté dans la déglutition, soif médiocre, selles régulières,

chaleur générale, accélération du pouls, crachats blancs, figure amaigrie et d'un blanc terne.

Du 9 au 15, il y eut trois hémoptysies abondantes, auxquelles on opposa deux saignées et un large vésicatoire entre les épaules. Le 16, les crachats étaient médiocrement épais, jaunâtres, imparfaitement pelotonnés.

Dans les quinze jours qui suivirent, leur aspect fut le même à très peu de chose près, la respiration plus gênée, la toux plus forte qu'à l'ordinaire, la chaleur peu considérable; il y eut des sueurs nocturnes: l'appétit devint plus vif, et on éleva par degrés la dose des aliments, de manière que, le 28 décembre, le malade prenait, en vingt-quatre heures, un litre de lait avec un quart de portion de pain, quelquefois même un peu plus.

Le 2 janvier, la dyspnée était considérable, la toux plus forte dans le décubitus à gauche que quand il avait lieu à droite: l'auscultation, pratiquée à la partie antérieure de la poitrine, ne faisait entendre aucune espèce de râle; le pouls était vif et assez fréquent, la gaieté avait fait place à l'ennui, le malade ne quittait pas le lit depuis plusieurs jours; il maigrissait beaucoup. (*Deux crèmes de riz.*)

Du 2 au 8, point de changement appréciable, sinon dans le caractère du bruit respiratoire, qui devint très fort, comme bronchique, sous la clavicule gauche.

Le 9, la langue, qui, jusqu'alors, avait conservé sa couleur naturelle, était d'un rouge vif. Le 10, l'oreille était dure, la surdité presque complète. Le 11, elle semblait plus considérable encore; le malade poussait des gémissements presque continuels, le pouls était un peu plein et tumultueux. (*Saignée de 250 grammes; tis. d'orge émul.*)

Le 12: langue sèche et noirâtre, soif intense, chaleur un peu âcre, pouls moins plein et moins tumultueux que la veille; gargouillement sous la clavicule gauche; râle sifflant à droite. (*Saignée de 250 grammes.*)

Le sang se couvrit d'une couenne assez épaisse; il y eut trois selles dans la journée du lendemain.

Dans la nuit du 13 au 14, délire presque continu. Le 14 au matin, visage pâle, air d'abattement, surdité comme les autres jours, chaleur sèche et forte; respiration bruyante, accompagnée de râle crépitant du côté gauche; toux fréquente, crachats peu abondants; langue sèche et encroûtée. (*Tis. de viol. édul.; pot. gom.*)

Le 15, à l'heure de la visite, œil un peu moins terne, pouls comme à l'ordinaire, un peu plein; le reste comme la veille. Délire la nuit suivante. Dans la matinée du 16, figure plaquée de rouge, intelligence en bon état, langue sèche, chaleur élevée, toux un peu moins fréquente: on entendait du gargouillement sous la clavicule gauche, et le malade se découvrait souvent la poitrine.

Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu le 18, deux heures après midi.

Ouverture du cadavre, quarante-deux heures après la mort. *État extérieur.* — Troisième degré de marasme commençant.

Tête. — Cerveau ferme, sans injection; deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux et dans les fosses occipitales inférieures.

(Le larynx ne fut pas examiné.)

Poitrine. — Il y avait quelques adhérences au sommet des poumons. Le droit était crépitant, un peu engoué dans quelques points, et offrait, dans toute son étendue, un grand nombre de granulations grises demi-transparentes, de la grosseur d'un grain de millet. Du côté gauche, le lobe supérieur était complétement transformé en excavations tuberculeuses qui contenaient une matière trouble, grisâtre, fétide, et étaient séparées les unes des autres par des cloisons de matière grise demi-transparente, d'un millimètre ou un peu plus d'épaisseur. Le lobe inférieur présentait la même

lésion, mais à un degré beaucoup moins avancé; les cloisons intermédiaires aux excavations y étaient plus épaisses, et le parenchyme pulmonaire, encore perméable à l'air dans quelques points. — Le cœur avait un volume convenable; les parois du ventricule gauche étaient un peu moins épaisses que dans l'état ordinaire. — Aorte saine.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac était pâle dans toute son étendue, et enduite de mucosités épaisses: celle de l'intestin grêle était parfaitement saine, à l'exception de quelques plaques rouges ovalaires, dans le voisinage du cœcum. Les matières fécales étaient épaisses; la rate plus volumineuse et plus ferme que dans l'état naturel; le foie et les autres viscères de l'abdomen parfaitement sains.

Cette observation est, comme on voit, très remarquable sous plusieurs rapports, et en particulier sous celui de l'hémoptysie. On serait peut-être tenté d'attribuer la persévérance indomptable de cette hémorrhagie à la marche rapide de l'affection; mais cette influence ne saurait être admise, vu que la phthisie a marché beaucoup plus rapidement encore dans quelques cas (Obs. 37) sans la plus légère hémoptysie, et que dans l'ensemble de ceux que j'ai observés, la répétition du crachement de sang a été en raison directe de la durée de l'affection. Les saignées furent aussi répétées que les forces du sujet le permettaient, et, comme on l'a vu, sans le moindre succès. L'hémoptysie reparaissait fréquemment le lendemain de l'évacuation sanguine, comme si, au lieu d'avoir éprouvé une perte de sang, le malade eût fait un excès de table ou de toute autre espèce.

Sous le rapport des causes, il convient de remarquer que cette hémoptysie a débuté tout-à-coup, sans cause connue, sans symptômes précurseurs, sans toux préalable, au milieu des apparences d'une santé parfaite, qu'on ne saurait la considérer comme l'effet d'un catarrhe pulmonaire qui n'existait pas, et qu'il faut nécessairement l'attribuer à des

tubercules déjà existants et dont elle aura été le premier signe. Cette conclusion admise, il en résulte encore que les tubercules étaient indépendants de toute inflammation des bronches, qu'ils étaient la cause et non l'effet du catarrhe pulmonaire. Je reviendrai dans la suite sur ce point important, mais je remarquerai encore que, dans ce cas particulier, ma manière de voir est confirmée par les résultats de l'auscultation et de la percussion. Nous avons vu, en effet, qu'à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, sa poitrine résonnait moins au-dessous de la clavicule gauche que du côté opposé; et ce fait annonçait un désordre déjà trop considérable pour qu'on pût l'attribuer à l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches, qui, dans toute hypothèse, était nécessairement récente.

Dans quelques cas rares, l'hémoptysie semblait avoir été causée par un redoublement de toux. Presque toujours elle survenait sans cause appréciable, était rarement accompagnée d'ardeur, de douleurs de poitrine, ou d'un mouvement fébrile plus marqué que dans les jours qui l'avaient précédée.

Quant au mécanisme de l'hémoptysie, comme il n'est pas rare d'observer ce symptôme au début même de la maladie ou peu après, à un degré quelconque, alors qu'on ne saurait soupçonner l'existence d'une caverne, il faut nécessairement le considérer comme le résultat de l'exhalation, qui peut amener, comme on a si souvent l'occasion de le vérifier pour l'épistaxis, une perte de sang considérable en très peu de temps. Le même mécanisme a probablement encore lieu le plus souvent quand il existe des excavations, puisqu'il est extrêmement rare de trouver des vaisseaux ouverts dans leur intérieur. Dans quelques cas, cependant, la rupture de ces vaisseaux en est, comme cela a été dit plus haut, la véritable source.

ART. IV. — *Dyspnée.*

A part les cas dans lesquels il y avait pneumonie ou pleurésie, ou inflammation du péricarde, la dyspnée était généralement peu considérable, et les malades n'en étaient incommodés, ne s'en apercevaient même, dans la plupart des cas, que quand ils se livraient à quelque mouvement. Elle suivait, dans ses progrès, ceux de l'affection principale, était rarement excessive, en sorte que je n'ai vu que trois malades obligés, pour rendre l'oppression plus supportable, d'avoir la tête très élevée dans le lit, ou de se mettre à leur séant. A l'ouverture de leur corps, je n'ai rien trouvé qui pût me rendre compte de cette espèce d'anomalie : le cœur était sain, ses orifices dans l'état naturel; il n'y avait pas d'épanchement de sérosité dans la cavité des plèvres.

Dans un certain nombre de cas, la dyspnée ne se manifestait qu'un ou plusieurs mois après le début de la toux : dans la plupart, elle commençait avec elle; quelquefois même (chez la dixième partie des sujets environ) elle la précédait et remontait fréquemment alors à la même époque qu'une hémoptysie plus ou moins forte qui, comme elle, avait devancé les autres symptômes. Dans cette circonstance, l'oppression et l'hémoptysie étaient probablement, non un phénomène avant-coureur, mais le premier effet de la présence des tubercules dans les poumons. Peut-être en était-il encore de même dans les cas où il n'y avait pas eu d'hémoptysie : mais la chose est loin d'être démontrée, vu qu'un assez grand nombre de malades avait la respiration plus ou moins gênée dès l'enfance; qu'il n'était pas possible de faire remonter à une époque si éloignée le développement de leur maladie, et que parmi ces sujets, qui formaient la neuvième partie de la masse, on en comptait proportionnellement autant qui avaient atteint l'âge de

cinquante ans, que parmi ceux dont la dyspnée avait paru avec les premiers symptômes de la phthisie.

L'oppression était rapportée à la partie moyenne de la poitrine, quelle que fût d'ailleurs la différence qui existât entre les lésions de l'un ou l'autre des poumons. Il n'y eut d'exception à cette règle que dans trois cas. Les malades qui en étaient l'objet éprouvaient plus de gêne et de malaise du côté de la poitrine qui était le plus affecté que dans le côté opposé. Ils y rapportaient le siége de leur malaise.

ART. V. — Douleur.

La douleur n'est pas, comme on sait, le symptôme qui fatigue le plus les phthisiques; beaucoup en étaient exempts, ou n'en parlaient que quand on fixait leur attention sur ce point; le petit nombre s'en plaignait spontanément; et l'on ne saurait douter que cette absence de douleurs, et, dans beaucoup de cas, leur faiblesse et leur rareté, jointes à une progression insensible des symptômes, ne concourussent à abuser bien souvent les malades sur leur situation. Néanmoins, sans parler des symptômes pleurétiques qui forcèrent quelques uns d'entre eux à venir réclamer les secours de la médecine, le très grand nombre avait éprouvé des douleurs soit entre les épaules, soit sur les côtés de la poitrine. Ces dernières avaient existé dans la troisième partie des cas, quelquefois assez considérables et pendant un espace de temps plus ou moins long. Elles se manifestaient à des époques très variées; chez les uns, deux ou trois mois avant la mort, quand la toux et l'expectoration duraient déjà depuis un an, deux ans et plus; chez d'autres (quand la maladie parcourait toutes ses périodes dans l'espace de cinq à six mois), peu après le début des premiers symptômes; quelquefois pour un petit nombre de jours; dans d'autres cas, pour un ou plusieurs mois; souvent assez fortes pour in-

commoder les malades, les engager à demander des secours sur ce point, sans les obliger néanmoins à se mettre au lit.

Dans la plupart des cas, ces douleurs étaient en rapport avec l'étendue des adhérences (ordinairement celluleuses) des poumons aux plèvres, et assez souvent avec le nombre et la grandeur des excavations. Et comme ces deux espèces de désordres étaient presque toujours réunies et proportionnées entre elles, on ne saurait assez souvent à quoi s'en tenir sur la cause des souffrances, si l'on ne savait que les tubercules se développent dans d'autres organes sans douleurs, et que celles dont il s'agit sont semblables aux douleurs pleurétiques, augmentant comme elles dans l'inspiration, la toux; sont piquantes, lancinantes: en sorte que, comme les adhérences, elles sont sans doute le résultat d'une inflammation chronique. J'ai pu, dans un petit nombre de cas, me convaincre d'une manière plus positive et plus directe que telle était en effet la source des douleurs chez les phthisiques. C'était chez ceux dont les poumons offraient, d'un côté, de vastes excavations presque sans adhérences; de l'autre, des adhérences celluleuses universelles sans excavations, et qui n'avaient eu des douleurs que de ce dernier côté.

Cependant, comme on voit quelquefois les glandes du cou et des aisselles (Obs. 9), devenues tuberculeuses, causer des douleurs, on doit penser qu'il peut en être de même dans certaines circonstances, relativement aux tubercules pulmonaires. C'est, en effet, ce que j'ai observé dans le seul cas de tubercules enkystés que j'ai recueilli (Obs. 55). La femme qui me l'a offert avait éprouvé, pendant les quinze derniers jours de son existence, des douleurs entre les deux épaules, et il n'y avait aucune adhérence entre les poumons et les plèvres. Il en a encore été de même dans quelques cas de phthisie aiguë, où il y a eu des douleurs de côté plus ou moins vives, dans des points où l'on n'a pas trouvé de

traces de pleurésie après la mort (Obs. 40, 41). Il se pourrait donc que, dans quelques cas, les douleurs de poitrine des phthisiques fussent, à la fois, le résultat du développement des tubercules et des adhérences qui en sont la suite.

Vingt-deux malades assuraient n'avoir éprouvé de douleurs dans aucun point de la poitrine. Chez la plupart d'entre eux, il n'y avait d'adhérences qu'au sommet des poumons, tandis que les excavations étaient aussi considérables et aussi nombreuses que dans les cas où des douleurs plus ou moins vives avaient existé. Cette série de malades confirmait ce qui vient d'être dit sur la cause la plus ordinaire des douleurs de poitrine chez les phthisiques. On conçoit, en effet, sans peine, que la pleurésie bornée à la partie supérieure des plèvres soit indolente, la portion correspondante du thorax étant la moins mobile, et les douleurs pleurétiques paraissant devoir toute leur acuité au mouvement plus ou moins marqué des côtes et à l'expansion du parenchyme pulmonaire.

D'ailleurs, si, comme je l'ai remarqué dans la première partie de cet ouvrage (p. 43), l'inflammation des plèvres et les adhérences qui en sont la suite dépendent, dans beaucoup de cas, de l'action des tubercules, on conçoit comment les douleurs dont il s'agit se manifestent à des époques variées, puisque les tubercules se développent ordinairement d'une manière successive.

En résumé, ces douleurs étaient en rapport avec les adhérences des poumons aux plèvres, et non avec la grandeur et le nombre des excavations; elles paraissent résulter de l'inflammation chronique des plèvres, qui détermine les adhérences; et quand celles-ci n'existaient qu'au sommet des poumons, les malades n'éprouvaient pas de douleurs, bien que les excavations fussent considérables.

Il importe d'ailleurs, pour ne pas confondre les douleurs de poitrine dues aux tubercules, avec d'autres, d'explorer avec soin les parois de la poitrine, afin de s'assurer s'il

n'existe pas une de ces névralgies intercostales décrites, dans ces derniers temps, par M. Bassereau et par M. Valleix (1), et qui, suivant la remarque de ce dernier, ne sont pas rares dans la phthisie.

Un dernier fait relatif aux douleurs des phthisiques mérite d'être noté : c'est qu'au lieu d'avoir une certaine fixité, elles sont quelquefois vagues, ayant aujourd'hui leur siége dans un point et demain dans un autre; ce dont il est facile de se rendre compte, à l'aide de l'anatomie pathologique. Alors ces douleurs sont regardées par les malades, quelquefois même par les médecins, comme rhumatismales; et ce caractère ne semble jamais plus évident que quand elles ont leur siége aux épaules, sans doute parce que dans cette circonstance elles augmentent par le mouvement des bras.

Il est encore digne de remarque, qu'assez souvent la percussion des parois de la poitrine est douloureuse, surtout du côté le plus affecté, et ordinairement au sommet du thorax.

ART. VI. — *Fièvre.*

La plupart des malades ayant la fièvre au moment où ils étaient admis à l'hôpital, j'ai cherché à en connaître le début avec précision ; et je l'ai cru bien déterminé toutes les fois que j'ai pu fixer avec exactitude l'époque à laquelle les frissons, les alternatives de froid et de chaud avaient commencé; surtout quand les uns et les autres avaient été accompagnés, à leur début, de soif ou de palpitations. En calculant d'après cette base, la fièvre avait débuté avec les premiers symptômes de la phthisie et les avait accompagnés dans tout leur cours, chez un peu plus de la cinquième partie des sujets, ou vingt et un des quatre-vingt-quinze malades dont l'histoire était complète sous le rapport qui nous oc-

(1) *Traité des névralgies, ou affections douloureuses des nerfs*, Paris, 1841, pag. [illegible].

cupe. Cinq d'entre eux étaient des exemples de phthisie aiguë (Obs. 37, etc.). Chez les autres, l'affection avait duré de cinq mois à trois ans, et parmi eux on comptait plusieurs exemples de phthisie simple ; entre autres deux fort remarquables, dont il sera parlé au chapitre de la phthisie latente (Obs. 50, 52). Dans dix-neuf autres cas, la fièvre avait commencé dans la première moitié de l'affection, à une époque plus ou moins rapprochée du début, chez des sujets dont la maladie, plus ou moins compliquée, avait parcouru ses périodes dans l'espace de trois mois à cinq ans. Chez le reste, c'est-à-dire les trois cinquièmes des individus environ, le mouvement fébrile avait débuté dans la seconde période de la maladie, quelquefois à une époque assez voisine du terme fatal ; et, chez tous, à la lésion des poumons se trouvait réunie celle d'un plus ou moins grand nombre d'organes.

Puisque la fièvre débutait fréquemment dans la première moitié de la maladie, ou même dès l'apparition des premiers symptômes, c'est-à-dire quand les poumons étaient encore les seuls organes lésés, il faut en conclure que sa principale, et souvent son unique cause, était l'altération plus ou moins profonde des poumons.

A part les cas de phthisie très aiguë ou très chronique, il était impossible de se rendre compte des circonstances qui accéléraient ou retardaient ainsi le début de la fièvre ; et s'appliquer à cette recherche, comme à celle des variations d'une multitude d'autres symptômes, ce serait, selon moi, rechercher la cause de la diversité des goûts, des physionomies, de la maigreur ou de l'embonpoint des individus qui jouissent d'ailleurs d'une santé parfaite. Il faut savoir se contenter de la connaissance des faits principaux, sans chercher à se rendre compte de toutes les variations qu'ils présentent.

Bien que les *frissons* fussent un des symptômes fébriles les plus ordinaires, ils n'étaient pas constants et manquaient

dans la sixième partie des cas, seize fois sur quatre-vingt-quinze. Les malades, objet de cette exception, se plaignaient seulement d'une grande sensibilité au froid, assuraient n'avoir jamais eu de frissons avant de venir à l'hôpital, et, pendant le séjour plus ou moins prolongé qu'ils y firent, ils en furent encore exempts : ce qui, d'ailleurs, n'est pas plus étonnant que l'absence du même symptôme dans le cas d'abcès phlegmoneux ; fait qui se présente assez fréquemment.

Dans la majorité des cas, les frissons revenaient tous les jours dans la soirée, rarement à une autre époque. Ordinairement uniques, ils se produisaient, chez certains sujets, plusieurs fois dans la journée, d'une manière irrégulière : mais dans aucun cas je n'ai observé ces deux frissons, qui, d'après quelques auteurs, reviennent tous les jours à heure à peu près fixe.

Quelquefois les frissons, qui avaient lieu journellement à la même heure, incommodaient assez les malades pour qu'on cherchât à les supprimer. On y parvenait quelquefois, et quelquefois aussi on parvenait seulement à les diminuer : mais alors la chaleur restait toujours plus ou moins forte, et les frissons, après avoir été suspendus ou supprimés pendant un espace de temps plus ou moins considérable, reparaissaient les mêmes qu'avant l'administration du fébrifuge. On conçoit d'ailleurs qu'à raison de l'état plus ou moins inflammatoire dans lequel se trouve fréquemment l'estomac des phthisiques, l'emploi du sulfate de quinine exige des ménagements.

Les frissons étaient ordinairement suivis de chaleur et de sueur. Je dis ordinairement, car les sueurs manquaient dans plusieurs cas, chez la dixième partie des individus qui avaient des frissons. A leur tour, elles venaient quelquefois sans ces derniers, et presque constamment la nuit, au milieu du sommeil. Elles étaient si abondantes et si incommodes chez certains sujets, qu'ils craignaient de se livrer au repos. Elles ne recevaient aucune influence de l'état des autres organes,

coïncidaient ordinairement avec la diarrhée, qui était parfois très forte, tandis qu'elles-mêmes étaient très copieuses, et obligeaient les malades à changer une ou plusieurs fois de linge pendant la nuit. En vain j'ai multiplié les questions à dessein de savoir s'il n'y aurait pas quelque correspondance entre ces deux phénomènes, s'ils ne seraient pas supplémentaires l'un de l'autre; je n'ai jamais pu me convaincre de ce balancement de fonctions enseigné par les auteurs. J'ai bien vu, dans le cours des sueurs plus ou moins copieuses, la diarrhée devenir moins forte pendant deux ou trois jours; mais elle reparaissait ensuite aussi considérable qu'auparavant : de manière que bien évidemment il n'y avait eu, entre la diminution des selles et les sueurs, qu'une simple coïncidence.

On dira peut-être que si le balancement dont il s'agit n'est pas réel chez les phthisiques, il n'en existe pas moins chez des sujets atteints d'autres maladies. Mais je l'ai encore inutilement cherché dans l'affection typhoïde, les rhumatismes, et en général toutes les fois que l'un des deux symptômes, la diarrhée ou la sueur, survenait, l'autre existant déjà : je n'ai pu me convaincre qu'ils s'influençassent réciproquement, qu'ils fussent dans une dépendance mutuelle; en sorte que je crois pouvoir dire que si le rapport dont il s'agit existe quelquefois, c'est sans doute d'une manière accidentelle et seulement comme exception. Ce fait n'est peut-être pas sans importance, vu que la plupart des médecins considèrent le balancement des fonctions comme une donnée certaine, sur laquelle ils appuient leur pratique.

Les sudamina, qu'on observe si fréquemment à la suite des sueurs dans le cours de l'affection typhoïde, sont beaucoup plus rares, toutes choses égales d'ailleurs, chez les sujets atteints de toute autre espèce de maladie. J'en ai vu quelquefois chez les phthisiques, mais jamais en aussi grand nombre que dans le cours de la fièvre typhoïde, où le soulèvement de l'épiderme, qui constitue cette espèce d'érup-

tion, est quelquefois si général, qu'on l'enlève au moyen d'un léger frottement de presque toute la surface du corps.

Remarquons que ces sueurs si copieuses indiquent un dérangement des fonctions de la peau aussi remarquable par son degré que par sa durée; que ce dérangement, qu'il soit sympathique ou dû à une autre cause, n'en est pas moins réel et a lieu sans altération sensible de la structure de l'organe qui en est le siége; qu'ainsi, une fonction peut être plus ou moins profondément altérée pendant long-temps, sans que l'organe qui en est chargé offre de changement appréciable dans sa texture. Remarquons encore qu'à défaut de faits qui prouvassent d'une manière directe que le dévoiement peut avoir lieu sans lésion appréciable de la membrane muqueuse de l'intestin, cela serait à présumer, à raison de l'analogie qui existe entre les sueurs copieuses et une diarrhée plus ou moins forte. Je ne dis pas évident, parce que, dans ma manière de voir, l'analogie ne peut servir qu'à indiquer de nouvelles recherches, à aller à la rencontre des faits, et jamais à les suppléer : autrement, ce serait conclure de la possibilité à l'existence, ce qui est absurde.

Enfin, je remarquerai pour ceux qui ne veulent reconnaître de cause du dérangement des fonctions que l'inflammation, qu'il serait difficile, quelque bonne volonté qu'on eût, de la croire pour quelque chose dans la production des sueurs, chez les phthisiques, dont la peau reste pâle et flasque au milieu de ces énormes déperditions.

ART. VII. — Soif.

La soif présentait, comme les autres symptômes, des variations fort remarquables : manquait dans la quatrième partie des cas, était plus ou moins considérable chez le reste des sujets, n'avait de rapport constant ni avec l'état de l'estomac, ni avec celui du canal intestinal, ni avec la diarrhée; était bien plus ordinairement proportionnée à

la fièvre, se montrait presque toujours en même temps qu'elle, suivait ses progrès, augmentait dans ses redoublements du soir et de la nuit, en avait été précédée de quelque temps chez un petit nombre de sujets (1).

Après les symptômes qui viennent d'être étudiés, les plus fréquents tenaient à une altération plus ou moins profonde des organes digestifs; et il me semble naturel, par cette raison, de nous en occuper, avant d'approfondir ceux qui tiennent aux lésions du conduit aérien.

ART. VIII. — Symptômes gastriques.

A différentes époques de la phthisie, les malades éprouvaient des symptômes plus ou moins graves du côté de l'estomac; et comme ces symptômes variaient avec les lésions de la membrane muqueuse de ce viscère, il convient d'exposer, dans autant de paragraphes, ceux qui ont rapport à chacune d'elles.

§ 1. Symptômes gastriques chez les sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac était ramollie et amincie.

A une époque variable, rarement au début de la phthisie, le plus ordinairement deux, quatre, cinq, six mois et quelquefois plus avant la mort, les malades qui étaient atteints de la lésion qui nous occupe, perdaient l'appétit, puis éprouvaient des douleurs souvent très vives à l'épigastre. Quelques

(1) Dans la plupart des cas où la soif manquait, la membrane muqueuse de l'estomac était dans l'état naturel, et le dévoiement n'avait eu lieu que dans les derniers temps de la maladie, quelquefois trente, quarante, cinquante jours avant la mort. Deux fois seulement il avait existé, avec quelques intermittences, neuf mois ou deux ans. Chez les sujets dont la soif avait été plus ou moins vive, la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins parfaitement saine, ou n'offrait que des lésions récentes, dans un peu plus de la moitié des cas, et la diarrhée avait eu lieu dans presque tous. Mais la soif la devançait d'un temps plus ou moins considérable, quelquefois de vingt mois et au-delà, chez les deux cinquièmes des individus. Chez les autres sujets, la soif avait débuté avec elle ou lui était postérieure en date, alors même que la diarrhée avait toujours été forte (Obs. 4). Elle fut très vive chez deux sujets dont la membrane muqueuse gastro-intestinale était saine, et qui n'avaient pas eu de dévoiement.

jours ou quelques mois plus tard, ils avaient des nausées, puis des vomissemens; ou bien ces deux derniers symptômes débutaient, et les douleurs ne se manifestaient qu'après une ou plusieurs semaines. Il était rare de voir tous ces accidens se manifester à la fois. Dans plusieurs cas, ils avaient beaucoup d'intensité dès leur première apparition; dans d'autres ils se développaient d'une manière lente: en général, ils devenaient chaque jour plus insupportables et persistaient jusqu'à la mort d'une manière continue, avec des rémissions plus ou moins longues.

Ces symptômes existaient chez presque tous les malades dont il s'agit, à divers degrés. Seize sur dix-neuf avaient eu des nausées, des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, et quinze, des vomissemens. Trois n'offrirent aucun symptôme gastrique remarquable, malgré la profondeur et l'étendue de la lésion de la membrane muqueuse. Chez quelques sujets, la douleur, les nausées, les vomissemens, avaient été devancés pendant une, deux ou trois années, par un dérangement plus ou moins marqué des digestions.

La douleur était piquante, lancinante, quelquefois accompagnée de chaleur; déterminait, dans certains cas, une sensation de barre à l'épigastre; ou bien, les malades ne pouvaient la rapporter à aucun type. Ordinairement continue, elle faisait des progrès jusqu'à la mort; quelquefois néanmoins, elle offrait des intermittences et disparaissait dans les derniers jours. Quand elle était très vive, elle absorbait l'attention des malades, qui ne répondaient qu'à regret aux questions qui lui étaient étrangères; et alors, sans l'habitude où j'étais d'interroger minutieusement toutes les fonctions, la phthisie m'aurait échappé plus d'une fois. La vivacité de cette douleur était d'autant plus remarquable qu'on l'observait dans des cas où les malades étaient réduits à un grand état de faiblesse, et au milieu de complications souvent nombreuses. La moindre pression à l'épigastre était insupportable, et les boissons, prises à une température

moyenne, semblaient parfois glacées. Qui pourrait croire après cela que la membrane muqueuse de l'estomac soit si insensible, ou qu'elle témoigne sa douleur d'une manière si différente de celle des autres organes?

L'opium ne soulageait pas sensiblement cette douleur; l'eau de Seltz la diminuait quelquefois, un ou plusieurs jours de suite. A une époque peu éloignée de son début, elle était calmée momentanément, chez une malade (Obs. 54), au moyen de quelques goutes d'élixir.

Les vomissements étaient presque toujours bilieux. Ordinairement rares au début, ils devenaient plus fréquents à mesure qu'on s'approchait du terme fatal.

Au milieu de ce désordre, quelques malades digéraient sans trop de peine quelques aliments légers; d'autres ne pouvaient prendre de nourriture qu'à une certaine heure de la journée, ordinairement le matin (Obs. 55). Quelquefois l'appétit se relevait pendant une ou plusieurs semaines, bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût profondément altérée dans une partie de son étendue. (Obs. 30.) Mais à une certaine époque, et dans la majeure partie des cas, l'estomac était si susceptible qu'il ne pouvait rien supporter, pas même l'eau pure; et alors les malades résistaient à la soif, dans la crainte des vomissements.

L'anorexie, des nausées, des vomissements, des douleurs à l'épigastre, tels étaient donc les symptômes qui avaient presque constamment lieu dans les cas où la membrane muqueuse de l'estomac était ramollie et amincie. Ils montraient que ce viscère, comme les autres organes, révèle ses lésions par la douleur et le désordre de ses fonctions.

Plusieurs faits répandus dans le cours de cet ouvrage sont la preuve de ce qui précède; mais le suivant m'a paru assez digne d'intérêt pour trouver place ici.

IIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente-cinq ans, mère de plusieurs

enfants, d'une constitution peu forte, non sujette au rhume, vint à l'hôpital de la Charité le 13 juillet 1825. Elle était accouchée depuis dix mois, souffrait beaucoup du genou gauche depuis six, et présentait tous les symptômes rationnels d'une tumeur blanche de cette articulation. Elle en fut traitée dans une salle de chirurgie : on lui appliqua deux moxas, et bientôt la douleur disparut, le volume de l'articulation diminua, il y eut ankylose. Le 5 novembre, la malade fut transférée dans le service de M. Chomel, et elle ajouta aux détails précédents, qu'elle avait eu, au premier août, à la suite d'une commotion morale forte, des frissons entremêlés de chaleurs, de la toux, des douleurs à l'épigastre, des nausées, quelquefois des vomissements; qu'à la même époque la soif avait un peu augmenté, qu'elle avait perdu l'appétit. A ces symptômes, qui avaient persisté depuis leur début, s'étaient joints une chaleur forte dans la soirée, des sueurs nocturnes et des frissons par intervalles. L'expectoration n'avait commencé qu'au mois d'octobre. Peu après, une douleur très vive s'était manifestée dans le côté droit de la poitrine, et avait disparu à la fin de la première semaine, presque aussitôt après l'application d'un vésicatoire sur le point correspondant. Les selles étaient devenues fréquentes et liquides, dans les trois derniers jours; l'amaigrissement avait commencé à l'époque des couches.

Le 5 novembre, la figure était un peu animée, la faiblesse considérable; la malade pouvait à peine faire le tour de son lit; la soif était médiocre, l'anorexie presque complète, la langue dans l'état naturel, l'épigastre douloureux, sensible à la moindre pression; les nausées fréquentes, parfois suivies de quelques gorgées de bile, principalement la nuit et après la toux; le ventre généralement un peu endolori, les selles liquides, précédées de coliques; la toux fréquente la nuit, beaucoup plus rare le jour. Des crachats légers, blancs et spumeux, flottaient sur une grande quantité de liquide clair. La respiration était médiocrement ac-

ciliée, la poitrine un peu moins sonore à droite, latéralement et en arrière, dans sa moitié inférieure, que du côté opposé; le bruit respiratoire était plus fort, plus dur sous la clavicule droite, où l'on entendait quelques craquements, que sous la gauche; le pouls accéléré (cent quinze pulsations par minute), petit et faible; la chaleur peu considérable le jour et forte la nuit. Il y avait eu des sueurs nocturnes et des frissons dans la soirée. La malade rapportait l'oppression à l'épigastre, éprouvait beaucoup de malaise et une sorte d'anxiété. (*Sol. de sir. de gom.; tis. de riz éd. et acid. avec le jus de cit.; pot. gom. avec 5 centigr. d'op.*)

Les symptômes gastriques persistèrent et devinrent chaque jour plus intenses. Du 8 au 21 novembre, quarante-huit heures avant la mort, les vomissements de bile furent nombreux, répétés plusieurs fois dans la journée, soit à la suite de la toux, soit dans ses intervalles; le malaise et l'anxiété furent au comble; l'étouffement était considérable, les douleurs très vives à l'épigastre, la pression la plus légère y était insupportable; la malade avait du dégoût pour tout; le bouillon le plus léger causait une pesanteur extrême à la région de l'estomac : elle finit par vomir tout ce qu'elle prenait, buvait très peu à la fois, et les boissons, prises à une température moyenne, lui semblaient froides comme de la glace. — La langue fut dans l'état naturel ou un peu pâle jusqu'au 18; alors elle devint rouge, chaude, piquante et se couvrit de plaques blanches, pultacées, qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. Cette exsudation, qui existait aussi sur les lèvres, la paroi interne des joues et le voile du palais, commençait sous forme de grains comparables à ceux de la semoule, lesquels, en s'élargissant, se réunissaient et couvraient bientôt toute la surface de l'organe où on les observait.

Les selles furent liquides, mais peu fréquentes, jusqu'au 18; alors elles devinrent tout-à-coup très nombreuses, et,

dans les trois derniers jours, elles étaient involontaires et pour ainsi dire continuelles. En même temps il y eut des douleurs par tout le ventre, surtout dans la fosse iliaque du côté droit.

La toux ne fit pas de progrès sensibles; les crachats furent rares et légers, les résultats de la percussion les mêmes que le premier jour. Le 19, la respiration était trachéale sous la clavicule droite, sans pectoriloquie.

Le pouls fut constamment petit, faible et très accéléré, si ce n'est dans les quatre derniers jours, qu'il tomba de cent quarante à cent pulsations par minute. La malade était très sensible au froid.

Elle ne savait quelle position tenir et avait quelquefois de la peine à indiquer le siége de ses souffrances, tant elle éprouvait d'anxiété. Sa figure exprimait le malaise et le dégoût. Elle mourut le 23 novembre, à six heures du matin, sans avoir eu de délire.

Ouverture du cadavre, vingt-six heures après la mort. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne très peu considérable. Cerveau parfaitement sain. Deux petites cuillerées de sérosité dans le ventricule latéral du côté droit; un peu moins à gauche. Le reste dans l'état naturel.

Cou. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. — Le poumon gauche était libre dans toute son étendue, présentait, à la partie moyenne de son lobe supérieur, une masse grisâtre et blanchâtre, du volume d'un petit œuf de poule, composée d'une infinité de granulations tuberculeuses, séparées, dans plusieurs points, par un tissu rougeâtre, légèrement grenu. Ailleurs, on voyait des granulations grises, dont quelques unes, immédiatement placées au-dessous des plèvres, faisaient saillie au-

dehors. Le poumon droit adhérait, dans toute sa surface, aux parois environnantes, au moyen d'une double fausse membrane dont les feuillets étaient étroitement unis entre eux, beaucoup plus épaisse inférieurement que dans sa moitié supérieure, et en très grande partie tuberculeuse. Il y avait nombre de granulations jaunâtres et grisâtres sous la plèvre pulmonaire, principalement sous celle qui correspond aux scissures interlobaires, dont les bords étaient convertis, dans l'épaisseur de 2 millimètres, en une matière grise demi-transparente. On trouvait, au sommet du lobe supérieur, une excavation du volume d'une pomme d'api, contenant une médiocre quantité de pus, communiquant avec les bronches, et sans fausse membrane distincte. Le tissu pulmonaire était seulement un peu plus ferme à son pourtour que partout ailleurs. — Les bronches de ce côté étaient d'un rouge vif, près de l'excavation seulement. — Le cœur était petit et sain, d'un tissu ferme; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de bile trouble. Sa membrane muqueuse était inégalement jaune dans sa moitié supérieure, et, jusqu'à 9 centimètres du pylore (à part quelques points peu étendus), molle comme du mucus; en sorte qu'on l'enlevait avec le dos du scalpel, comme on enlèverait du mucus un peu visqueux. La partie ramollie était beaucoup plus mince que dans l'état naturel. Près du cardia et le long de la petite courbure, là où le ramollissement et l'amincissement étaient le moins marqués, la membrane muqueuse offrait quatre mamelons rougeâtres, plus fermes qu'elle-même, de 2 millimètres d'épaisseur et d'un peu moins de largeur. Les vaisseaux n'avaient rien de remarquable au-dessous de la portion amincie. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était d'un rose très tendre, d'une épaisseur et d'une fermeté convenables; quelques unes de ses dernières plaques présentaient de petites ulcérations. — Le

gros intestin contenait un peu de liquide trouble peu épais, teint en rose. Sa membrane muqueuse était d'un rouge violet dans toute sa longueur, finement mamelonnée, un peu épaissie, molle comme du mucus. On trouvait, dans les colons ascendant et transverse, trois ulcérations de 3 millimètres de diamètre, au niveau desquelles la membrane musculaire était à nu. Il y en avait d'autres, plus petites encore, à la partie moyenne du rectum, agglomérées, reposant sur la membrane sous-muqueuse. Celle-ci était opaque, plus que triplée d'épaisseur dans toute son étendue. — Le foie était un peu volumineux, pâle, gras, dépassait le bord cartilagineux des côtes ; la bile de la vésicule était médiocrement épaisse, couleur jus de pruneaux. — La rate avait ses dimensions ordinaires, était en partie recouverte par une fausse membrane, dans l'épaisseur de laquelle on trouvait beaucoup de matière tuberculeuse. Elle offrait à l'intérieur une soixantaine de granulations de même nature, de la grosseur d'un petit pois, environnées d'un tissu sain. — Le mésocœcum et l'épiploon gastro-hépatique présentaient quelques petites plaques tuberculeuses, développées à leur surface. — Les autres viscères étaient dans l'état naturel.

Cette observation est digne d'intérêt sous plusieurs rapports.

A raison de la prédominance des symptômes gastriques, il eût été très facile, comme je l'ai déjà dit, de méconnaître la phthisie ; la malade ne pensait qu'à son estomac, ne demandait de soulagement qu'aux douleurs dont il était le siège ; il fallait, en quelque sorte, lui faire violence pour obtenir quelques réponses relativement à l'état de sa poitrine. La marche de l'affection de l'estomac ne fut pas très rapide, et néanmoins je n'ai jamais vu tant de malaise et d'anxiété, ni la figure exprimer la douleur d'une manière si énergique. Mais ce qu'il importe surtout d'observer ici, c'est la gradation des symptômes, leur peu d'intensité au début, quand

la lésion de la membrane muqueuse n'était probablement pas encore considérable, et leurs progrès non interrompus dans la suite. D'abord, les douleurs à l'épigastre sont légères, les nausées et les vomissements sont provoqués par la toux; puis les nausées deviennent continuelles, les vomissements ont lieu dans les intervalles de la toux, se composent de bile et deviennent chaque jour plus fréquents et plus copieux; la douleur augmente à mesure qu'on s'éloigne du début; en un mot, l'intensité des symptômes paraît toujours proportionnée à l'intensité de la lésion.

Cependant, et je dois le faire remarquer au lecteur, les doutes légitimes qui s'élèvent sur la cause du ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, doivent aussi laisser de l'incertitude sur la lésion à laquelle il faut rattacher les symptômes gastriques dont il s'agit. Il est d'ailleurs à remarquer que dans les cas analogues à celui qui nous occupe, le ramollissement avec amincissement ou destruction de la membrane muqueuse gastrique, n'est jamais ou presque jamais seul; que toujours ou presque toujours il est réuni à une autre lésion de la même membrane; qu'il se pourrait, dès lors, que les symptômes rapportés à une lésion dont le caractère offre de l'incertitude, puissent être attribués à une autre; et il convient, par toutes ces raisons, de ne pas être trop affirmatif et d'attendre à ce sujet les lumières du temps.

La diarrhée, devenue tout-à-coup très forte dans les derniers jours de la vie, est encore une des circonstances remarquables de cette observation. Elle était accompagnée de douleurs vives dans tout le ventre, et signalait sans doute l'invasion d'une de ces entérites graves, qui se développent fréquemment dans les dernières périodes de la phthisie et amènent avec tant de rapidité le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin. Observons aussi qu'à ce ramollissement répondait un épaississement considérable du tissu cellulaire sous-muqueux, lequel avait conservé sa blan-

cheur, bien que son excès d'épaisseur doive être considéré comme le résultat d'une congestion aiguë.

Le poumon et la plèvre du côté droit méritent aussi quelque attention : le poumon, par la cavité existante dans son lobe supérieur, laquelle offrait l'exemple assez rare d'une excavation tuberculeuse d'une certaine étendue, à parois immédiatement formées par le tissu pulmonaire sain ou seulement un peu endurci : la plèvre, par la fausse membrane développée à sa surface et transformée en matière tuberculeuse, circonstance qui ne s'est présentée à mon observation, comme je l'ai déjà dit, que dans les cas où il y avait des tubercules dans les poumons.

La pleurésie qui a donné lieu à l'exsudation membraniforme dont il s'agit, n'a débuté qu'un mois avant la mort du sujet ; c'est-à-dire à une époque où il y avait déjà des tubercules au sommet des poumons, dans celui du côté droit surtout. Aucun moyen, dès lors, d'attribuer le développement des tubercules à cette phlegmasie. On ne serait pas mieux fondé à la regarder comme cause de ceux qui se trouvaient immédiatement sous les plèvres, vu que des tubercules semblables et semblablement disposés se trouvaient à gauche, où le poumon était libre d'adhérences et la plèvre dans l'état naturel.

Enfin, la matière tuberculeuse développée hors des poumons, dans les fausses membranes qui recouvraient la plèvre droite ou la rate, dans le tissu de cet organe ou à la surface du péritoine, était partout au même degré de développement, à l'état de crudité ; ce qui semble attester, comme je l'ai déjà dit, l'action d'une seule et même cause agissant à la fois sur plusieurs organes.

§ 2. Symptômes généraux chez les sujets dont l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac était bornée à sa face antérieure.

Les huit malades chez lesquels j'ai observé cette affection avaient éprouvé, pendant un espace de temps plus ou moins

considérable, de l'anorexie, des douleurs, de la chaleur à l'épigastre, quelquefois des nausées; un petit nombre, des vomissements. Un seul fut exempt de douleur. Sa maladie principale (la phthisie) durait depuis cinq ans, et l'appétit n'avait complètement cessé que dans les derniers jours de la vie.

Ces symptômes, indices d'une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, ne se manifestaient pas tous à la fois. Dans la plupart des cas, l'anorexie débutait et était accompagnée, après un certain temps, de douleur à l'épigastre; celle-ci augmentait beaucoup par la pression, était quelquefois unie à une chaleur locale brûlante, avait des rémissions plus ou moins longues et complètes; les aliments les plus légers causaient de l'étouffement : enfin, des nausées survenaient, plus ou moins fréquentes, quelquefois sollicitées par la toux, et chez deux sujets il y eut des vomissements, bilieux dans un cas, composés de matières blanches et insipides dans l'autre. Chez tous les malades on sentait une dureté à la région épigastrique, le foie était descendu au-dessous des côtes; et ce déplacement m'a fait soupçonner plus d'une fois que ces symptômes gastriques provenaient de l'inflammation de la partie de la membrane muqueuse qui recouvre la face antérieure de l'estomac.

La durée des symptômes était moindre que dans les cas où il y avait amincissement et ramollissement; elle variait d'un à trois mois. La marche de la maladie était chronique, et néanmoins la douleur et les autres phénomènes morbides étaient quelquefois très prononcés. Parmi les faits de ce genre qui se sont offerts à mon observation, le suivant est le plus digne d'attention.

XIIe OBSERVATION.

Une fille, âgée de vingt-six ans, d'une constitution assez forte, d'une sensibilité très vive, *enrhumée* depuis cinq

ans, vint à l'hôpital de la Charité le 20 janvier 1823. Les symptômes de sa maladie avaient été peu incommodes pendant les trente premiers mois; après cette époque, la toux et l'expectoration augmentèrent, il y eut un crachement de sang qui persista cinq mois sans interruption, malgré l'emploi répété de la saignée et des sangsues. Dans les deux années qui suivirent, l'état de la malade parut s'améliorer; elle reprit presque complétement son embonpoint et ses forces; ses règles, qui avaient été suspendues pendant dix-huit mois, revinrent à leurs époques ordinaires; enfin, il ne lui restait qu'un peu de toux et de dyspnée, quand, au mois de novembre 1822, après un excès de danse, elle fut prise, pendant la nuit, d'un frisson qui fut suivi de chaleur et de sueur, accompagné de douleur au côté droit, avec augmentation de la toux et de l'oppression habituelles. Dès lors les frissons revinrent journellement vers le soir, la douleur persista, et il y eut, au sixième jour de cette espèce de rechute, une hémoptysie qui se prolongea, en diminuant, jusqu'à l'époque de l'admission de la malade à l'hôpital.

Le 9 janvier : céphalalgie gravative, faiblesse considérable, oppression, picotements entre les épaules, toux fréquente la nuit, crachats verdâtres, tachés de sang, peu nombreux; d'autres, clairs et largement aérés, plus copieux; râle muqueux en arrière, du côté droit de la poitrine, respiration nette ailleurs; ni retentissement de la voix, ni pectoriloquie; langue naturelle, soif vive, anorexie, nausées par la toux, épigastre sensible à la pression, selles rares. (*Tis. pect.; pot. pect. aw.; deux demi-cr. de riz.*)

Le 22, les crachats étaient pelotonnés, unis par un mucus clair et dépourvu de sang; la malade accusait une douleur vive au côté droit. On y appliqua des sangsues, et le jour même il y eut un soulagement marqué. Le lendemain : douleurs à l'épigastre, nausées dans les intervalles de la toux. Dès lors, jusqu'au 17 mai, jour de la mort, voici ce qui arriva :

Il y eut, le 27 janvier, une nouvelle douleur à l'épaule droite autour de laquelle on entendait un râle crépitant mêlé de gargouillement. Le 29, la douleur était augmentée, la respiration beaucoup plus difficile qu'à l'ordinaire, la toux fréquente, les crachats clairs et plaqués d'un sang très rouge; on entendait, dans tout le côté droit de la poitrine, en arrière, une crépitation fine; le pouls était très accéléré, petit et faible. Une saignée de 250 grammes fit promptement cesser les accidents. Le 5 février: nouvelle douleur, crépitation légère sous la mamelle droite; soulagement prompt par l'application de quelques sangsues. Dans la suite, les mêmes symptômes, la douleur, la dyspnée, la crépitation, quelquefois accompagnés de crachats jaunâtres et un peu visqueux, se renouvelèrent à un degré plus ou moins considérable et furent combattus par les mêmes moyens, proportionnés aux forces de la malade. Le 5 mai, la pectoriloquie était manifeste entre les épaules et la colonne vertébrale, le son mat sous la clavicule droite, où l'on entendait un peu de crépitation fine. Le 11, il y eut une hémoptysie légère, les crachats étaient d'un gris sale, et ils conservèrent le même aspect jusqu'à la mort.

L'anorexie et les nausées persistèrent pendant quelques jours, puis l'appétit se rétablit, au point que, dans le cours de février, la malade mangeait le quart de portion, sans en éprouver d'autre inconvénient qu'un peu d'oppression après le repas. Dans les premiers jours de mars, retour de l'anorexie, douleurs vives à l'épigastre. Les 15 et 16, nausées presque continuelles, et parfois légers vomissements de bile, ardeur à l'épigastre. L'anorexie persista, les nausées diminuèrent un peu les jours suivants; il y eut des douleurs de tête, un sentiment de lassitude dans les membres et quelques vomissements bilieux. Les mêmes symptômes continuèrent à un degré plus ou moins considérable pendant tout le mois d'avril; les douleurs épigastriques furent très vives et les vomissements de bile reparurent par inter-

valles. Le 2 mai, le malaise habituel avait augmenté, l'anxiété était continuelle, tout le ventre sensible à la pression; la douleur épigastrique ne laissait pas un moment de relâche; la toux, la plus légère pression, le plus petit mouvement du corps, l'augmentaient.

La langue, qui avait conservé jusque là sa couleur naturelle, devint très rouge, se couvrit de petites plaques blanchâtres, membraniformes, faciles à enlever. Elles disparurent, se reproduisirent encore une fois, et les douleurs épigastriques, après avoir un peu diminué, reprirent beaucoup de violence quelques jours avant la mort.

Il n'y eut de diarrhée que pendant les deux dernières semaines.

Le pouls fut constamment accéléré, la chaleur vive le soir, les sueurs nocturnes fréquentes, les frissons beaucoup plus rares.

Ouverture du cadavre, vingt-six heures après la mort. — *État extérieur*. Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Adhérences entre l'arachnoïde et la dure mère, près de la scissure médiane et dans d'autres points peu éloignés, au moyen de granulations blanches (glandes de Pacchioni), opaques, nombreuses, nées de l'arachnoïde qui était plus ou moins épaisse et opaque dans les parties correspondantes : infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable; toute la masse encéphalique un peu molle : trois cuillerées de sérosité dans le ventricule latéral gauche, un peu moins dans le droit : une demi-cuillerée du même liquide dans le ventricule de la cloison, qui avait des parois fermes et résistantes.

Cou. — Glandes cervicales du côté gauche augmentées de volume, tuberculeuses, non ramollies. Transformation pareille, au même degré, des glandes bronchiques. Le larynx

et l'épiglotte dans l'état naturel. La trachée-artère d'un rose tendre, sans la moindre ulcération.

Poitrine. — Quelques faibles adhérences celluleuses au sommet des deux poumons. L'un et l'autre offraient, à l'extérieur, beaucoup de bosselures blanchâtres et légèrement rosées, dues à la matière tuberculeuse. Le lobe supérieur du côté droit présentait deux excavations qui communiquaient avec les bronches, et un certain nombre de tubercules placés au milieu d'un tissu ferme, grenu, hépatisé, tout-à-fait privé d'air, rouge antérieurement, et d'un gris jaunâtre en arrière. Il n'y avait que quelques granulations tuberculeuses dans le lobe inférieur. Le supérieur, du côté gauche, offrait quelques cavités tuberculeuses d'un petit volume, et des granulations grises incomplètement opaques, au milieu d'une matière grise demi-transparente, en laquelle ce lobe était presque entièrement transformé. L'inférieur ne contenait qu'un petit nombre de granulations, était un peu engoué à sa base. — Il y avait 120 grammes de sérosité dans le péricarde. Le cœur était petit, mais sain; l'aorte et l'artère pulmonaire dans l'état naturel.

Abdomen. Le foie dépassait les côtes de 12 centimètres environ, avait un volume considérable, une couleur fauve piquée de rouge, une consistance médiocre, était gras. La vésicule biliaire contenait une bile noire, filante, très épaisse. — L'estomac descendait au-dessous de la crête de l'os des iles, était volumineux, très allongé, en partie recouvert par le foie : sa membrane muqueuse était enduite d'un mucus épais, visqueux, beaucoup plus abondant à sa face antérieure que dans le reste de son étendue. Dans le premier point elle était d'un rouge vif, manifestement épaissie et un peu ramollie; ailleurs, elle offrait seulement une faible nuance rose, avait une consistance et une épaisseur convenables. — Le duodénum était sain. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle, un peu grisâtre et cassante, présentait, par intervalles, des arborisations, et, dans toute sa longueur,

sept petites ulcérations, placées à de grandes distances les unes des autres, noirâtres, de 4 millimètres de diamètre. — La membrane muqueuse du gros intestin était grisâtre, quelquefois noirâtre, un peu ramollie dans toute son étendue ; offrait douze petites ulcérations dans le cœcum et dans le colon ascendant, et trois dans le rectum, immédiatement au-dessus du sphincter de l'anus. Elle était un peu décollée à leur pourtour, et la tunique sous-muqueuse qui en formait le fond, grisâtre et légèrement épaissie. — Les glandes mésentériques étaient saines, et, autour des vaisseaux biliaires, un grand nombre de ganglions lymphatiques avaient subi la transformation tuberculeuse.—La rate était peu développée et présentait, au milieu de son tissu sain, quatre tubercules non ramollis, de la grosseur d'une noisette.

Arrêtons-nous un instant sur les circonstances principales de cette observation. L'estomac était très volumineux, très bas, en partie recouvert par le foie ; la membrane muqueuse qui tapisse sa face antérieure, était d'un rouge vif, épaissie, un peu ramollie, manifestement enflammée : les limites de l'inflammation étaient à peu près celles de la portion de l'estomac recouverte par le foie ; ce qui ne permet guère de douter de l'influence exercée par ce viscère sur son développement. Quant aux symptômes gastriques, l'anorexie, la douleur à l'épigastre, les nausées, les vomissements bilieux, ils étaient en harmonie avec la lésion, et leur intensité aurait pu faire redouter une affection encore plus profonde de la membrane muqueuse de l'estomac; leur marche avait été chronique, ils avaient acquis tous les jours plus d'intensité. Ainsi, bien que sous la forme chronique, la gastrite a, pour ainsi dire marché à découvert, et il en a été de même chez les sept huitièmes des malades, avec cette seule différence que les symptômes ont été moins graves, que les vomissements ont manqué dans la plupart des cas.

Ce nouvel ordre de faits confirme donc ce qui a été dit

dans l'article précédent ; savoir, que l'estomac révèle ses lésions de la même manière que les autres organes, par la douleur et le désordre plus ou moins marqué de ses fonctions

Nous nous occuperons bientôt d'une manière spéciale de l'état de la langue ; mais je remarquerai, dès à présent, que, dans ce cas comme dans celui qui précède, elle a conservé la couleur qui lui est naturelle ; que même elle a été pâle jusqu'au moment où elle s'est recouverte de plaques pultacées, époque de beaucoup postérieure à celle du début de la gastrite.

Le développement de la matière tuberculeuse dans les glandes lymphatiques est digne de quelque attention. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rose très tendre, moins foncé que chez la plupart des sujets qui succombent aux maladies les plus variées ; elle n'était ni épaissie, ni ramollie ; on pouvait la considérer comme parfaitement saine ; et, dès lors, aucun moyen de lui attribuer la transformation des glandes lymphatiques du cou en matière tuberculeuse. Mais on croira peut-être pouvoir expliquer la même lésion dans les glandes qui entourent les conduits biliaires, par l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

A cela je répondrai que si quelques vaisseaux lymphatiques de ce viscère traversent les glandes dont il s'agit, ce n'est qu'après avoir traversé celles de la petite courbure, et que si l'inflammation de la membrane muqueuse gastrique n'a pu opérer la transformation de ces dernières en matière tuberculeuse, on ne voit pas comment elle l'aurait fait pour des glandes plus éloignées. J'ajouterai que j'ai observé trois fois la conversion des ganglions lymphatiques qui entourent les conduits biliaires, en tubercules, et que, dans aucun cas, je n'ai vu la même lésion dans les glandes de la petite ou de la grande courbure de l'estomac, bien que j'aie

observé nombre de fois l'inflammation plus ou moins chronique de sa membrane muqueuse.

Je m'arrêterai peu sur l'état anatomique des poumons. Je remarquerai seulement que les fréquentes récidives de l'inflammation de celui du côté droit, viennent à l'appui de ce que j'ai dit du peu de gravité de la péripneumonie, en général, chez les phthisiques; et qu'ici les tubercules peuvent être considérés comme des corps étrangers dont l'action est presque toujours moins fâcheuse que celle des causes internes.

§ 2. Symptômes gastriques chez les sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac était rouge et ramollie dans son grand cul-de-sac.

Soit que cette lésion fût simple, ou qu'il existât en même temps de petites ulcérations, ou un état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac, on observait rarement quelque symptôme gastrique qui pût lui être rapporté. L'appétit avait diminué longtemps avant la mort; mais, à quelques exceptions près, et comme dans les cas où l'estomac était parfaitement sain, l'anorexie n'était devenue complète, chez la plupart des sujets, que dix ou vingt jours avant le terme fatal. Il n'y eut de douleurs à l'épigastre et de nausées que dans la neuvième partie des cas, sur deux sujets, et dans les derniers temps de la maladie. Ce défaut si ordinaire de symptômes, coïncidant avec une lésion communément très grave et qui offre le caractère d'une gastrite aiguë, doit nécessairement faire penser que dans la plupart des cas elle avait lieu dans les derniers jours de la vie.

Des deux faits dont il vient d'être question, le suivant est celui dans lequel les symptômes gastriques ont duré le plus de temps et offert le plus d'intensité.

XIIIe OBSERVATION.

Une fille, âgée de quarante-huit ans, d'une taille élevée,

d'une constitution forte, n'ayant plus ses règles depuis dix ans, fut admise à l'hôpital de la Charité le 22 septembre 1822. Elle accusait neuf mois de maladie, n'était pas sujette au rhume, n'avait point eu de péripneumonie. Au début : toux, crachats, dyspnée, sueurs nocturnes; ces symptômes avaient persisté en prenant du développement, et les sueurs étaient devenues très copieuses. Au cinquième mois : hémoptysie assez forte pendant deux jours, douleur au côté droit, continue depuis, mais moins considérable peu après son début qu'à sa naissance; décubitus obligé à gauche. Les frissons avaient été rares, l'appétit déprimé dès l'apparition de la toux, et, depuis quatre mois, la malade ne mangeait qu'un peu de bouillie et de pain. La soif avait été considérable, l'amaigrissement avait commencé dès le principe.

Le 3 septembre, la céphalalgie était générale, et, depuis six mois, la malade avoit des éblouissements dès qu'elle se levait; le nez et les lèvres étaient violacés, le décubitus élevé, la respiration un peu haute et accélérée, la toux médiocrement fréquente, les crachats peu abondants, clairs, spumeux ou verdâtres, et striés de blanc. A droite, antérieurement, et surtout en dehors de la mamelle, la poitrine rendait un son mat; il y avait de la douleur et presque partout du gargouillement ou un râle crépitant très gros; sous la clavicule, la respiration était trachéale, et la pectoriloquie imparfaite. A gauche, l'auscultation et la percussion n'offraient rien de remarquable. Le pouls était fréquent, inégal, irrégulier, quelquefois intermittent; les battements du cœur étaient entendus par toute la poitrine et accompagnés d'une impulsion assez forte à la région précordiale, au niveau du sternum principalement : la bouche était pâteuse et amère, la soif vive, l'anorexie complète, la langue un peu rouge au centre, l'épigastre douloureux depuis quelques heures : il y avait des nausées assez fréquentes à la suite ou dans les intervalles de la toux; les selles étaient

rares, le ventre un peu ballonné. (*Hyd. comp. nit. ; pot. gom. avec teint. de digit. trente gouttes ; douze sangsues à l'anus.*)

Depuis ce moment jusqu'à la mort du sujet, qui eut lieu le 1er octobre, les mêmes symptômes persistèrent; l'anorexie, les nausées, les douleurs à l'épigastre, furent plus ou moins prononcées; il n'y eut pas de vomissements : la malade mangeait un peu de soupe, sans que son malaise habituel en parût augmenté; la langue conserva sa couleur rouge au centre; il y eut un peu de dévoiement et quelques douleurs au flanc droit, dans la direction du colon.

Le pouls fut un peu moins irrégulier dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'application des sangsues, puis son irrégularité devint tous les jours plus considérable : les membres s'infiltrèrent, les sueurs furent copieuses, et il y eut quelques frissons.

Les crachats ne changèrent pas sensiblement d'aspect. La dyspnée fit des progrès rapides, et, parfois, la malade était obligée de se mettre à son séant; la douleur sous la mamelle droite fut plus ou moins forte jusqu'au dernier jour, et, après une agonie de quelques heures, la malade expira.

Ouverture du cadavre, vingt-huit heures après la mort. *État extérieur.* — Infiltration peu considérable des membres abdominaux. Rougeur au côté droit de la face sur lequel le cadavre était appuyé.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne peu épaisse; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Le reste parfaitement sain.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait à la plèvre costale d'une manière intime, à son sommet et à sa base, au moyen d'une exsudation membraneuse, ferme et épaisse. Entre ces deux extrémités, la fausse membrane était dédoublée, formait une espèce de poche traversée par des fila-

ments, entre lesquels se trouvait un peu de sérosité roussâtre et claire. Une excavation anfractueuse considérable occupait le sommet du lobe supérieur, était tapissée par une double fausse membrane, dont la plus dense et la plus ferme était appliquée sur le tissu pulmonaire sain, ou plus ou moins profondément altéré : cette cavité communiquait avec d'autres beaucoup moins considérables, et avec les bronches, dans plusieurs points. Le lobe inférieur était engoué. Le poumon gauche était libre, offrait quelques tubercules non ramollis et un peu de matière grise demi-transparente dans son lobe supérieur. — Le cœur et le péricarde étaient recouverts d'une fausse membrane ondulée, d'une consistance assez ferme, de 2 millimètres et quelque chose de plus d'épaisseur, plus mince sur les oreillettes que sur les ventricules, baignée par une petite quantité de sérosité roussâtre et claire. Les parois du ventricule gauche étaient un peu épaissies; celles des oreillettes un peu amincies au contraire; l'aorte et ses branches principales d'un rouge vermillon, ses membranes ayant une consistance et une épaisseur convenables.

Abdomen. — Deux litres de sérosité claire dans la cavité de l'abdomen. L'estomac était volumineux, sa membrane muqueuse épaisie, très molle, d'un rouge violet dans le grand cul-de-sac, grisâtre, mamelonnée, plus épaisse et plus consistante que d'ordinaire, dans le reste de son étendue. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était doublée d'épaisseur dans ses trois premiers cinquièmes, avait partout sa couleur et sa consistance naturelles, offrait trois fort petites ulcérations près de la valvule iléo-cœcale. — Celle du gros intestin était très ramollie dans toute sa longueur, d'un rose pâle dans le colon descendant et dans le rectum, offrait une foule de petites ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre, dont le nombre diminuait du cœcum à l'anus. — Les glandes mésentériques étaient saines. — Le foie était volumineux, gorgé de sang, d'un jaune grisâtre, piqué de

rouge vif; la bile de la vésicule peu épaisse et d'une couleur claire. — Le rein gauche était doublé de volume; le droit beaucoup plus considérable encore, au moins quadruplé, inégal, bosselé, presque entièrement converti en une poche membraneuse qui était divisée par une cloison transversale, percée elle-même d'un trou à son centre et remplie d'un liquide clair, semblable à l'urine. Il n'y avait de traces du tissu propre du rein qu'à son bord convexe, où il avait de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. — Un polype vésiculeux, de la forme et des dimensions de la luette, existait dans le col de l'utérus. — Les autres viscères étaient sains.

La membrane muqueuse de l'estomac présentait deux lésions bien distinctes : l'une, la rougeur avec épaississement et ramollissement de la partie qui revêt le grand cul-de-sac, était récente; l'autre, l'état mamelonné, qu'elle affectait dans le reste de son étendue, était le résultat d'une affection ancienne. On serait tenté d'attribuer à cette dernière l'anorexie plus ou moins complète qui s'est manifestée dès le début de la maladie; mais nous verrons bientôt que cette manière de voir, qui, dans quelques circonstances, paraît assez admissible, est loin d'être démontré. Quant aux douleurs épigastriques et aux nausées que la malade a éprouvées près d'un mois avant sa mort, elles rapprochent ce cas de ceux dont il a été question dans les articles précédents, indiquent une lésion beaucoup moins chronique que l'état mamelonné, dont la couleur grisâtre annonçait l'ancienneté, et elles doivent être rapportées à l'inflammation de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac, comme à leur cause.

Il est bien remarquable, d'ailleurs, que malgré la coexistence de tant et de si graves lésions, celle dont il s'agit a donné lieu à des symptômes très tranchés, tels à peu près sans doute qu'ils eussent été dans une gastrite simple; et que ceux de la pleurésie, de la phthisie, de la péricardite, n'ont pas été moins prononcés.

Il est à croire que la fièvre qui a eu lieu au début de la maladie, était le simple résultat du développement des tubercules pulmonaires ; car les complications ne se sont manifestées que longtemps après le début, et plus tard je rapporterai des faits de phthisie simple (Obs. 50, 51, 52), dans lesquels la fièvre s'est montrée à la même époque et d'une manière encore plus intense.

§ 4. Symptômes gastriques chez les sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac offrait des ulcérations dans leur état de simplicité.

336. Cet état, comme je l'ai déjà dit, ne s'est présenté que deux fois à mon observation. Dans le cas où il n'y avait qu'une seule ulcération, de 18 centimètres environ, le malade avait éprouvé, dans les trois derniers mois de son existence, une douleur à l'épigastre qui augmentait après le repas : dans le même espace de temps, l'appétit avait successivement diminué, les digestions avaient été lentes et pénibles. L'autre fait est relatif à une jeune fille dont l'observation suit.

XXIe OBSERVATION.

Une fille, âgée de dix-neuf ans, d'une sensibilité très vive, d'une constitution faible et délicate, habituellement maigre, non encore réglée, ayant l'haleine courte depuis l'enfance, fut admise à l'hôpital de la Charité le 24 février 1824. Elle était alors malade depuis trois ans. L'affection avait débuté par une hémoptysie très forte, renouvelée deux jours de suite et combattue par la saignée. Dans la suite, cette hémorrhagie avait reparu tous les deux ou trois mois, plus souvent l'hiver que l'été : la dernière datait de trente jours, et à chaque récidive la malade faisait des efforts de vomissements comme si elle eût vomi du sang. La toux et les crachats avaient débuté avec l'hémoptysie, pour ne plus discontinuer ensuite : la dyspnée avait fait des progrès con-

sidérables, et, parfois, la malade s'était plainte de douleurs de poitrine. Il y avait eu assez souvent, dès le début, des nausées, quelquefois même des vomissements, au milieu des quintes de toux; souvent aussi, pour quelques jours, une ou deux semaines, un peu de dévoiement accompagné de coliques : l'appétit s'était assez bien conservé. Depuis un an les frissons étaient devenus très fréquents, et, dans les derniers quinze jours, il s'y était joint de la chaleur dans la soirée, et des sueurs pendant la nuit. Il n'y avait pas eu de soif. L'accroissement en hauteur continuait; la malade assurait avoir peu maigri.

Le 25 février, la figure et toute la surface du corps étaient pâles, l'appétit un peu déprimé, la langue légèrement blanchâtre, l'épigastre indolent, les selles naturelles, rares; la respiration médiocrement accélérée, l'oppression peu considérable, la toux fréquemment sèche, plus incommode la nuit que le jour, excitant des nausées, quelquefois même des vomissements. Des crachats épais, verdâtres, peu abondants, se trouvaient au fond d'un liquide clair semblable à de la salive : la poitrine était sonore dans toute son étendue : on entendait sous la clavicule droite, dans la hauteur de 12 centimètres, une large et abondante crépitation : en arrière, dans le point correspondant, la respiration était trachéale, la pectoriloquie imparfaite; à gauche elle était évidente : le pouls était un peu accéléré, la chaleur douce. (*Infus. de viol. édul.; exposit. des part. génit. à la vapeur de l'eau; 6 sang. à la vulve; quart de port.*)

La marche de la maladie fut lente, mais continue. Dès les premiers jours de mars l'appétit diminua beaucoup; il y eut de la pesanteur à l'épigastre après le repas, des nausées presque continuelles et des vomissements, à la suite ou dans les intervalles de la toux. Un peu de bile se mêlait parfois aux matières vomies, et, pendant tout le mois, la bouche fut presque constamment pâteuse et amère, la langue blanchâtre au centre et un peu rouge au pour-

tour. En avril, les symptômes prirent encore plus d'intensité, les boissons les plus douces causaient du malaise à l'épigastre, étaient quelquefois vomies; parfois aussi, quoique beaucoup plus rarement, la malade rendait une certaine quantité de bile pure; les nausées étaient continuelles, l'appétit presque nul, le visage triste, l'humeur chagrine; souvent il y avait de l'anxiété. La soif devint très vive, l'aspect de la langue fut le même que dans le mois précédent, il n'y eut de douleurs épigastriques à aucune époque. Les mêmes symptômes persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva le 10 mai.

Les selles devinrent molles dans les derniers jours de mars; elles étaient liquides au commencement d'avril, et elles se maintinrent dans le même état, au nombre de trois à quatre dans la journée, jusqu'au terme fatal. Il y eut très peu de coliques.

La dyspnée fit des progrès rapides; la toux fut constamment plus incommode le jour que la nuit, les crachats, pelotonnés et comme lacérés, à compter du mois d'avril, verdâtres, plats, puriformes, après le 1er mai. La poitrine rendait un son fort obscur antérieurement et à gauche, dans les derniers jours d'avril. A partir du 18 mars, on entendit, sous les deux clavicules et en arrière dans les points correspondants, la respiration trachéale et la pectoriloquie: il y eut constamment sous la clavicule droite, dans une étendue considérable, un râle sous-crépitant très gros, quelquefois entremêlé de gargouillement: dans les derniers jours d'avril, ce double râle existait aussi du côté gauche, d'abord en avant, puis en arrière, dans presque toute l'étendue de la poitrine, ce qui continua jusqu'à la mort. Parfois il y eut des douleurs à l'épaule gauche, au côté droit de la poitrine et au larynx.

La chaleur devint très considérable, les sueurs nocturnes furent très copieuses, les frissons rares, le pouls très accéléré, depuis la fin d'avril.

La céphalalgie fut constante, plus ou moins forte, et, du 20 au 30 avril, la malade se plaignit d'une tendance continuelle et insurmontable au sommeil. Ces symptômes se dissipèrent spontanément. Il y eut un peu de délire dans les dernières vingt-quatre heures ; les forces diminuèrent graduellement, et la malade ne quitta plus le lit à compter du milieu d'avril.

On lui appliqua neuf sangsues à la vulve le 18 mars ; elle fut presque constamment à l'usage d'une potion gommeuse avec 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, prit la décoction blanche et le diascordium, quand la diarrhée fut considérable ; ne mangeait que quelques crèmes de riz, souvent rien, dans les dernières six semaines.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE HEURES APRÈS LA MORT.

Etat extérieur. — Dernier degré de marasme, sans œdème.

Tête. — Le cerveau et ses annexes parfaitement sains. A peine une petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux.

Cou. — Le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel ; la membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rouge plus ou moins vif dans sa partie inférieure, d'une bonne consistance.

Poitrine. — Quelques adhérences au sommet du poumon droit ; le gauche parfaitement libre ; l'un et l'autre assez volumineux, d'un rose tendre, violacés en arrière seulement. Le lobe supérieur du poumon gauche était dur, offrait, à sa surface, des bosselures jaunâtres répondant à de petites excavations tuberculeuses, séparées de la plèvre par une épaisseur très peu considérable. Il était couvert de tubercules ramollis, incomplétement vidés, entre lesquels se trouvait de la matière grise demi-transparente, ou un tissu rouge, grenu, hépatisé. Une excavation du volume d'une noix, communiquant avec beaucoup de rameaux bronchiques très dilatés, se trouvait à son sommet. Il y avait

une médiocre quantité de tubercules dans le lobe inférieur, dont le tissu était légèrement engoué, peu cohérent, facile à déchirer. Une excavation quatre fois plus considérable que celle du poumon gauche, existait au sommet du poumon droit ; le reste du lobe supérieur offrait de la matière grise, quelques tubercules et un peu de tissu sain. — Les bronches étaient rouges comme la trachée-artère, peu ou point épaissies ; les glandes bronchiques volumineuses, non transformées en tubercules. — Le cœur et l'aorte dans l'état normal.

Abdomen. — L'estomac avait un volume un peu inférieur à celui qui lui est naturel, et contenait une petite quantité de liquide jaunâtre. Sa membrane muqueuse était blanche, unie, couverte, dans le voisinage du pylore, d'un mucus épais. A part cette région et une partie peu considérable de celle du grand cul-de-sac, elle offrait, dans toute son étendue, beaucoup d'ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre, au nombre de soixante-dix à quatre-vingt. Sa destruction n'était pas toujours complète à leur niveau. Dans quelques points elle était seulement amincie, et cet amincissement se présentait sous forme de bandes de 4 à 8 millimètres de largeur ; partout elle avait une couleur blanche, une consistance naturelle, et, aux exceptions indiquées près, une épaisseur convenable. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine. — Celle du cœcum offrait quelques rougeurs, était très ramollie et boursouflée dans quelques points. Dans le colon, cette membrane avait seulement un peu moins de consistance que dans l'état naturel. — Les glandes mésentériques et méso-colites n'offraient rien de remarquable. — Le foie était pâle, peu consistant, d'un volume convenable. — La matrice était large de 3 centimètres et épaisse de 10 millimètres seulement. — Les autres viscères en bon état.

Dans la plupart des cas où la membrane muqueuse de l'estomac est ulcérée, on la trouve plus ou moins épaissie ou

mamelonnée, dans l'intervalle des ulcérations; mais dans celui dont il s'agit, elle avait conservé la couleur, l'épaisseur et la consistance qui lui sont naturelles; ses ulcérations étaient faites comme par un emporte-pièce; on eût dit que, hors ces points, la membrane muqueuse était toujours demeurée dans l'état normal. Toutefois les symptômes gastriques furent assez graves et ne pouvaient laisser de doute sur l'existence d'une lésion plus ou moins profonde de la membrane muqueuse de l'estomac: il n'y eut pas de douleur épigastrique, mais les nausées et les vomissements débutèrent longtemps avant la mort, persistèrent jusqu'au terme fatal; et, malgré sa marche chronique, l'affection était encore à découvert, pour ainsi dire.

On aura remarqué sans doute que la membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine, que celle du colon présentait seulement moins de consistance que dans l'état naturel, et que néanmoins la diarrhée s'était prolongée plusieurs mois. Il est bien probable que, dans ce cas, cette dernière aura été entretenue, pendant un certain temps, par une altération de sécrétion qui n'avait pas pour cause l'inflammation.

Quand la membrane muqueuse de l'estomac offrait, pour toute lésion, *l'état mamelonné* dont il a été question, je n'ai point observé de symptômes qu'on pût lui attribuer avec quelque certitude, et au moyen desquels on pût la reconnaître pendant la vie. Chez quelques sujets, l'appétit avait diminué dès le début de l'affection; chez d'autres, à compter du milieu de son cours; plus rarement il s'était maintenu à un certain degré jusque dans les derniers temps. Un petit nombre de malades avait eu, à de longs intervalles, des nausées ou quelques vomissements; un seul s'était plaint momentanément de douleurs à l'épigastre; chez trois autres, cette partie avait été un peu sensible à la pression. Mais cette légère sensibilité à l'épigastre existe assez souvent dans

le catarrhe pulmonaire aigu, chez des sujets dont l'estomac est sain, quand la toux est fréquente; elle dépendait peut-être ici de la même cause (la toux), et par cela même je crois juste de ne pas en tenir compte.

J'ai comparé les symptômes qui viennent d'être indiqués avec ceux du même genre éprouvés par les malades *dont la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine*, sous le triple rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur; et, dans l'ensemble des cas, je n'ai trouvé aucune différence. Dans ces derniers, comme dans ceux dont il vient d'être question, l'anorexie avait débuté à des époques très variables; quelques malades avaient eu des nausées et des vomissements, et toujours à des intervalles très éloignés.

La perte plus ou moins complète de l'appétit chez des sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine, prouve que l'anorexie, même prolongée, ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une gastrite; que ce symptôme, isolé de la douleur à l'épigastre, des nausées et des vomissements, est de très peu d'importance pour le diagnostic de cette maladie, et qu'une fonction peut être dérangée très longtemps, sans altération appréciable de la structure de l'organe qui en est chargé.

D'ailleurs, si l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac est le plus ordinairement, comme je le pense, le produit d'une inflammation chronique, on sent combien il doit être difficile d'en reconnaître les symptômes, dans une maladie où les fonctions de l'estomac sont dérangées, lors même que sa membrane muqueuse est parfaitement saine. Il n'en serait sans doute pas ainsi dans le cas où la maladie existerait sans complication : du moins on peut le présumer par la quinzième observation.

Quand la *membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins rouge dans toute son étendue*, *sans altération d'épaisseur ou de consistance*, je n'ai observé de symptômes gastriques de quelque valeur, que dans les derniers

jours de la vie, savoir : des douleurs à l'épigastre et des nausées deux ou trois jours avant la mort ; symptômes qui résultaient sans doute d'une inflammation récente, comme on pouvait le présumer d'ailleurs par la nature de la lésion.

En résumé, des symptômes plus ou moins graves répondaient à la plupart des lésions de la membrane muqueuse de l'estomac. Quand elle était ramollie et amincie, la perte de l'appétit, les nausées, les vomissements bilieux, les douleurs à l'épigastre, avaient presque toujours lieu, et ordinairement longtemps avant la mort. Quand elle était enflammée dans la partie correspondante à la face antérieure de l'estomac seulement, les symptômes étaient beaucoup moins énergiques, généralement moins nombreux et de moins longue durée ; l'anorexie était plus ou moins complète, il y avait des nausées, des douleurs à l'épigastre, mais à un degré peu considérable, et, chez la quatrième partie des malades, des vomissements. Les symptômes étaient encore les mêmes dans les cas d'ulcérations larges et uniques, ou petites et nombreuses. Quand l'inflammation était bornée à la partie de la membrane muqueuse qui revêt le grand cul-de-sac, il n'y avait pas de vomissements ; les nausées, les douleurs à l'épigastre étaient fort rares, et cette absence de symptômes, chez un grand nombre de sujets, doit faire penser que l'inflammation dont il s'agit débutait le plus ordinairement dans les derniers jours de la vie, peut-être même, dans quelques cas, comme la péripneumonie et la pleurésie, dans les dernières vingt-quatre ou quarante-huit heures. Enfin, aucun symptôme n'annonçait, d'une manière positive, l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac ; et quand on la trouvait universellement rouge, sans altération d'épaisseur ou de consistance, une partie des malades avait éprouvé, deux ou trois jours avant la mort, des nausées et des douleurs à l'épigastre.

La simple exposition des faits indique assez clairement,

ce me semble, de quelle manière on doit envisager les vomissements qui surviennent dans le cours de la phthisie, vomissements qu'on a regardés jusqu'ici comme un des symptômes de la maladie. Quand ils ont été devancés, pendant un certain espace de temps, par la perte plus ou moins marquée de l'appétit, et qu'ils sont accompagnés de douleurs à l'épigastre, on doit les considérer comme l'indice d'une lésion, ordinairement très grave, de la membrane muqueuse de l'estomac; et ce cas est le plus fréquent. Il est plus rare de pouvoir les attribuer uniquement à la toux; mais alors il n'y a pas ou il y a peu de douleur à l'épigastre, l'appétit est bon, la digestion facile, le plus souvent c'est au début de l'affection; tandis que quand ils sont l'indice d'une maladie de l'estomac, c'est presque toujours à une période plus ou moins avancée de la phthisie qu'on les observe.

Toutefois, ici comme dans mille autres circonstances, il est des faits qui mettent en défaut la sagacité de l'observateur et semblent se soustraire aux lois les plus générales: ainsi, un de mes malades eut, dans le dernier mois de son existence, des douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissements, soit pendant la toux, soit dans ses intervalles, bien que la membrane muqueuse de l'estomac fût parfaitement saine.

Pour terminer ce que j'avais à dire au sujet des symptômes relatifs aux lésions de cette membrane, chez les phthisiques, je rapporterai deux faits, dont l'un me semble offrir l'exemple d'une gastrite chronique avec ulcération en quelque sorte cicatrisée; l'autre, l'exemple d'une maladie du même genre, avec destruction complète de la tunique musculaire dans un point où les membranes muqueuse et sous-muqueuse correspondantes étaient conservées.

XV

XVe OBSERVATION.

Un cordonnier âgé de trente-quatre ans, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, livré dans l'enfance

à la masturbation, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 12 juillet 1825. Habituellement bien portant, il n'avait jamais eu d'affection grave, n'était pas sujet au rhume, se disait malade depuis un an et demi, ne travaillait pas depuis cinq mois, et attribuait sa maladie à des chagrins profonds, causés par la perte de ses épargnes. Cette maladie avait débuté par un dévoiement peu considérable, accompagné de la perte presque complète de l'appétit. Ces symptômes avaient persisté pendant onze mois d'une manière uniforme, sans fièvre, sans nausées, sans vomissements, quelquefois unis à de légères douleurs à l'épigastre. Après cette époque, le malade avait été pris, sans cause connue, au milieu de la nuit, d'une abondante hémoptysie, évaluée à un demi-litre, qui se renouvela deux jours de suite et parut céder à l'usage des boissons fortement acidulées. La toux, des crachats, de la dyspnée, s'y joignirent, souvent même il y eut des vomissements après la toux, et dès lors la diarrhée cessa. Bientôt l'appétit revint, les vomissements s'éloignèrent, et il y eut, dans les quatre derniers mois, des sueurs nocturnes, rarement précédées de frisson. Jamais de douleurs de poitrine.

Le 13 juillet : pâleur universelle, faiblesse considérable, douleurs dans les membres, soif variable, quelquefois nulle ; langue dans l'état naturel, épigastre indolent, selles quotidiennes, d'une bonne consistance ; pouls petit et faible, médiocrement accéléré, chaleur douce, forte le soir ; sueurs la nuit ; respiration bruyante, comme caverneuse, au sommet et tout autour de la poitrine du côté gauche, naturelle et sans aucune espèce de râle ailleurs ; parole brève, oppression peu considérable ; crachats verdâtres, petits, lacérés, peu abondants ; amaigrissement considérable. (*Tis. de lich. ; pot. gom. ; julep ; quart de port.*)

Dès lors, jusqu'au 8 août, il n'y eut ni nausées ni vomissements ; l'appétit se releva et la digestion parut assez facile : il y eut toujours un peu de chaleur le soir et quel-

quefois des sueurs pendant la nuit ; la dyspnée diminua, mais la faiblesse fut toujours considérable.

Le malade quitta l'hôpital à cette époque, et, dès le lendemain de sa sortie, la toux redoubla, les vomissements reparurent et il perdit l'appétit. Revenu dans le même service, je l'observai depuis le 10 août jusqu'au 9 novembre, jour de sa mort, et voici ce que je remarquai :

Les vomissements cessèrent et ne reparurent plus ; l'anorexie ne persista que quelques jours, et bientôt l'appétit fut le même qu'avant la sortie du malade ; il diminua le 9 octobre, au début de la diarrhée, et fut très faible ensuite. Il n'y eut pas de douleur à l'épigastre, et le dévoiement, qui avait commencé d'une manière violente, accompagné de faiblesse et d'accélération du pouls, diminua promptement. La langue fut presque toujours un peu rouge et violacée ; la chaleur plus ou moins forte le soir et pendant la nuit, les sueurs et les frissons rares.

Le 22 septembre, la poitrine rendait, au-dessous de la clavicule gauche, un son très obscur ; l'espace dans lequel on l'observait s'étendit successivement davantage, en sorte qu'au milieu d'octobre le son mat existait dans toute la partie antérieure du côté gauche du thorax. A la même époque, la respiration était trachéale sous les clavicules, et bientôt on y entendit du gargouillement.

L'affaissement devint tout-à-coup très considérable le 1er novembre, et le 2, à cinq heures du soir, le malade mourut.

On le mit pendant quelques jours à l'usage de l'eau de riz, puis à l'infusion de violette ; et, dans le dernier mois, il ne mangea pour ainsi dire qu'un peu de soupe ou quelques crèmes de riz.

OUVERTURE DU CADAVRE, QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT. — *État extérieur.* — Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; un peu moins à la base du crâne; cerveau mou et injecté.

Cou. — Épiglotte dans l'état naturel. Larynx pâle, offrant deux ulcérations superficielles; l'une à la réunion des cordes vocales, l'autre sur la corde vocale inférieure du côté gauche. — Membrane muqueuse de la trachée-artère un peu rouge, semée d'un grand nombre d'ulcérations de 2 millimètres de diamètre, ou à peu près, sans épaississement à leur pourtour ou dans leur intervalle. Quelques ulcérations semblables dans les bronches du côté gauche.

Poitrine. — Faibles adhérences au sommet des deux poumons. Le lobe supérieur de celui du côté gauche était compacte, en grande partie, offrait deux grandes excavations tapissées par une fausse membrane semi cartilagineuse, grisâtre et incomplétement opaque, remplies d'une matière verdâtre, dont l'analogue se retrouvait dans les bronches; le reste du lobe était converti en matière grisâtre demi-transparente, au milieu de laquelle se trouvaient beaucoup de petites excavations incomplétement vidées, dont plusieurs n'étaient séparées de la plèvre que par une pellicule très fine. Le lobe inférieur offrait à son sommet un peu de matière grise demi-transparente, mêlée de tubercules. — Les lésions étaient les mêmes, mais moins étendues et moins prononcées, dans le poumon droit. — Le cœur était sain : il y avait des plaques blanches semi-cartilagineuses en grand nombre, dans les parois de l'aorte.

Abdomen. — Estomac d'un volume médiocre, un peu étranglé à sa partie moyenne : sa membrane muqueuse d'une couleur fauve dans le grand cul-de-sac, plus ou moins grisâtre partout ailleurs; nuance interrompue, dans quelques points, par des taches blanchâtres de 2 à 5 millimètres de diamètre, au niveau desquelles on trouvait la muqueuse amincie. L'une de ces taches était beaucoup moins blan-

che, légèrement grisâtre, ovalaire, avait 15 millimètres de long sur 10 de large, était placée à égale distance du cardia et du pylore, près de la petite courbure et sur la face postérieure de l'estomac. La membrane muqueuse ne la recouvrait pas, finissait d'une manière insensible à sa circonférence, après avoir diminué successivement d'épaisseur, dans la largeur de 5 millimètres. Sa terminaison était d'autant plus insensible que sa couleur grisâtre se confondait presque complètement avec celle de la tache, laquelle appartenait au tissu sous-muqueux ; en sorte qu'après avoir enlevé toute la membrane muqueuse, l'intérieur de l'estomac était blanc, sauf cette tache. Celle-ci était encore circonscrite par un bourrelet aplati, peu épais, de 2 millimètres de large environ, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux plus adhérent à la tunique musculaire, dans ce point, que partout ailleurs. Dans sa portion amincie, la membrane muqueuse avait un peu moins de consistance que dans le reste de son étendue. La tunique musculaire n'offrait aucune altération.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait une consistance et une épaisseur convenables, offrait plusieurs ulcérations étroites, transversales, en forme de boutonnière, dans sa première partie ; puis, dans son dernier quart, un nombre assez considérable de granulations jaunâtres, d'apparence tuberculeuse, ulcérées à leur sommet, du volume d'un petit pois et au-dessous. — Il y avait, dans le gros intestin, beaucoup d'ulcérations de 8 à 9 centimètres de surface, moins larges dans le rectum que partout ailleurs. La plupart d'entre elles avaient une surface inégale, due à la saillie des faisceaux de la tunique musculaire, qui était mise à découvert et épaisse de 1 millimètre dans le point correspondant : à leur pourtour la membrane muqueuse était rouge et épaissie ; ailleurs elle était parfaitement saine. — Les glandes mésocolites avaient le volume d'un gros pois, étaient jaunâtres, tuberculeuses, fermes ; celles du

mésentère dans l'état naturel. — Il n'y avait qu'un rein; il était placé à droite, avait un volume à peu près double de celui qu'on observe ordinairement, deux scissures, l'une antérieure, l'autre placée à son bord interne, et deux petits bassinets dont les branches se réunissaient, après un court trajet, en un seul canal qui formait l'uretère.

La perte de l'appétit, survenue chez le malade, onze mois avant le début de la toux, à une époque où, suivant toutes les apparences, l'affection tuberculeuse des poumons n'existait pas encore, tenait sans doute à une inflammation chronique de la membrane muqueuse de l'estomac, dont l'amincissement et la destruction partiels auront été la suite. Dans les cas ordinaires, quand cette membrane est détruite dans une certaine étendue, la partie qui borne l'ulcération est dans l'état naturel, ou du moins sans amincissement ou épaississement; le tissu sous-muqueux qui en fait le fond ne change pas de couleur, est quelquefois un peu épaissi ou partiellement détruit, comme nous en avons vu des exemples (Obs. 38); il ne forme pas de bourrelet autour de la membrane muqueuse. La différence de ces caractères avec ceux de l'ulcération du sujet qui nous occupe, n'indique-t-elle pas, réunie à l'histoire des symptômes, qu'il y a eu ici une gastrite très chronique, terminée par ulcération de la membrane muqueuse plus ou moins complètement cicatrisée? On dira peut-être que dans le cas de cicatrisation, la membrane muqueuse se serait avancée au-delà du bourrelet; mais je répondrai que, chez le petit nombre d'individus qui m'ont offert, dans l'intestin grêle, des cicatrices évidentes, la membrane muqueuse s'arrêtait constamment au pourtour de l'ulcération.

Je remarquerai d'ailleurs, au sujet de cette cicatrice, qu'en ayant observé, depuis plus de quinze ans, une trentaine dans l'estomac, je les ai constamment trouvées avec les mêmes caractères et dans le même point, jamais à la

face antérieure de ce viscère, toujours près de sa petite courbure, sur sa face postérieure; de manière que le fait particulier dont il s'agit peut et doit être considéré comme un fait général; qu'il faut en conclure que les ulcérations simples, non cancéreuses de l'estomac, suivent une marche, obéissent à des lois très différentes de celles-ci, dont le siége le plus ordinaire est, comme on sait, le pylore.

Cependant un de nos confrères m'a communiqué tout dernièrement une pièce d'anatomie pathologique qui fait exception à la règle que je viens d'indiquer, en ce sens que la région pylorique de l'estomac offrait une cicatrice bien évidente de ce viscère, contre la valvule pylorique, dans tout son pourtour et dans la hauteur de près de 3 centimètres.

XVIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de quarante-neuf ans, tireuse d'or, d'une constitution peu forte, extrement curhomée, fut admise à l'hôpital de la Charité le 13 juillet 1824. Elle était malade depuis un an, et avait cessé de travailler depuis cinq semaines. Au début: malaise, sentiment de faiblesse, perte incomplète d'appétit, amaigrissement. Au cinquième mois de cet état, toux, crachats, dyspnée, peu interrompue ensuite; continuation des premiers symptômes, anorexie complète, diarrhée dans les quatre dernières semaines; douleurs, picotements du côté droit de la poitrine au quatrième mois de la toux, plus ou moins considérables depuis. D'ailleurs, point d'hémoptysie, de sueurs nocturnes, de douleurs à l'épigastre; frissons rares.

Le 15 juillet: affaiblissement considérable, maigreur extrême, œdème borné au bas des jambes; langue un peu rouge à la pointe, bouche pâteuse et quelquefois amère, soif variable, anorexie presque complète, rénitence marquée à la région épigastrique et au-dessous des fausses côtes droites, dans la hauteur de 15 centimètres; nulle douleur

dans le point correspondant ; pulsations à l'épigastre depuis quelques jours, une selle liquide, tension légère à l'hypogastre ; toux fréquente le matin, quelques crachats verdâtres et opaques ; du côté droit, la poitrine ne rendait aucun son à sa partie antérieure ; il en était à peu près de même en arrière dans le point correspondant ; la respiration trachéale, le gargouillement et la pectoriloquie existaient sous la clavicule droite, dans une étendue assez considérable ; le décubitus de ce côté provoquait la toux et augmentait la dyspnée. Le pouls était assez large et médiocrement accéléré. (*Tis. de riz avec le sir. de coing ; pot. gom. ; trois riz.*)

L'anorexie persista, la diarrhée fit des progrès, devint même considérable, puis cessa presque entièrement dans les premiers jours du mois d'août ; il n'y eut ni nausées, ni vomissements, ni douleurs à la région de l'estomac. L'hypogastre devint le siége d'un sentiment de pesanteur très incommode, surtout après le repas, qui se composait quelquefois d'un œuf et d'un peu de pain. Il y eut un léger météorisme ; les douleurs disparurent, les selles devinrent très fréquentes et surtout très fétides pendant les quatre derniers jours, et la malade mourut le 17 août, à neuf heures du matin.

Pendant les trente-trois jours qu'elle fut soumise à mon observation, l'état de la langue fut très variable ; sa couleur, ordinairement naturelle, était parfois d'un rouge plus ou moins vif, sans qu'on observât, en même temps, un changement quelconque dans les fonctions de l'estomac ou de l'intestin.

La chaleur était ordinairement considérable le soir ; il n'y eut pas de sueurs, et l'état de la respiration, constaté à différentes reprises, parut à peu de chose près le même que le premier jour.

On prescrivit le diascordium avec 5 centigrammes d'opium, quand la diarrhée augmenta.

Ouverture du cadavre, vingt-trois heures après la mort. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme.

Tête. — Une petite cuillerée de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde ; un peu d'emphysème, sans infiltration de sérosité dans la pie-mère ; une cuillerée du même liquide dans chaque ventricule latéral. La moitié inférieure du cerveau avait moins de consistance que la supérieure. La protubérance cérébrale et la moelle épinière en avaient moins encore. Trois cuillerées de sérosité un peu écumeuse à la partie inférieure du rachis.

Cou. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Poumon gauche libre ; son lobe supérieur très bosselé par l'effet d'un assez grand nombre de granulations ou de tubercules ramollis ou non ramollis, voisins de sa surface. Il y en avait aussi beaucoup à l'intérieur. Le lobe inférieur en contenait peu. Le poumon droit adhérait, dans presque toute son étendue, à la plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse. On voyait, au sommet de son lobe supérieur, une vaste excavation anfractueuse, tapissée par une fausse membrane grisâtre, très dense et d'un millimètre d'épaisseur, contenant une matière verdâtre souillée de sang, et offrant quelques brides de peu de longueur. Dans le reste de son étendue, le lobe supérieur était dur et transformé en matière grisâtre et noirâtre en haut, grisâtre, homogène, dure, un peu élastique, plus ou moins demi-transparente dans sa partie inférieure : il était traversé par des cloisons irrégulières semi-cartilagineuses, et contenait des tubercules plus ou moins complètement ramollis ou vidés. — Les bronches étaient beaucoup plus épaisses, plus larges et plus rouges dans le lobe supérieur droit, que dans le gauche. — Le cœur était petit et sain : il y avait plusieurs plaques jaunâtres dans toute l'étendue de l'aorte.

Abdomen. — Un litre et demi de sérosité roussâtre dans

l'abdomen. — Le foie dépassait les côtes de 12 centimètres, descendait au-dessous de la crête de l'os des îles, était ferme et cassant. La vésicule biliaire contenait un liquide d'une couleur très foncée, d'une consistance poisseuse. — L'estomac était petit, adhérait d'une manière intime, dans un point de sa face postérieure, au pancréas, dont le tissu était beaucoup plus dur que dans l'état ordinaire. Sa membrane muqueuse était d'un gris faiblement nuancé de rose, mamelonnée dans toute son étendue, un peu épaissie, un peu moins consistante le long de la grande courbure que dans l'état naturel, couverte d'un mucus assez abondant et visqueux. Près de la petite courbure, entre le cardia et le pylore, dans la partie correspondante à l'adhérence indiquée avec le pancréas, se trouvait une légère dépression de la largeur d'un écu de cinq francs, autour de laquelle la membrane muqueuse grimaçait un peu. Dans le point déprimé elle était très amincie, cassante, non mamelonnée; le tissu cellulaire correspondant était sain, la membrane musculaire, détruite et remplacée par un tissu blanc, semi-cartilagineux, d'un demi millimètre d'épaisseur, auquel s'inséraient les fibres charnues. Celles ci étaient épaisses de plus d'un millimètre au point d'insertion, dans la largeur de 8, et d'ailleurs parfaitement saines: le tissu cellulaire sous-muqueux était durci et épaissi dans la même étendue.

L'intestin grêle contenait une matière grisâtre, ténue, peu odorante; sa membrane muqueuse était légèrement ramollie, offrait, dans toute sa longueur, un grand nombre de petites ulcérations, plusieurs desquelles se trouvaient au centre des plaques. — Pareilles ulcérations existaient tout le long du gros intestin jusqu'à l'anus; leur fond était formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, très légèrement épaissi: dans leur intervalle, la membrane muqueuse était molle comme du mucus et doublée d'épaisseur: partout elle était en contact avec une matière liquide, grisâtre et rougeâtre. — Les glandes mésentériques et mésocolites étaient un peu

volumineuses, mais saines. — La rate était petite, d'un tissu ferme, comparable à celui du foie : — l'appareil des voies urinaires dans l'état naturel.

L'état de la membrane muqueuse de l'estomac, grise et mamelonnée dans presque toute son étendue, amincie dans un point, un peu épaissie ailleurs ; la diminution de l'appétit longtemps avant le début de la phthisie ; tout rapproche cette observation de la précédente, et indique une gastrite chronique, très antérieure à l'affection tuberculeuse des poumons, et longtemps simple. Sous ce rapport, cette observation est d'un grand intérêt, en ce qu'elle prouve, ce que nous n'avions encore fait que soupçonner, que l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac est ordinairement le produit d'une affection chronique, qui ne donne lieu qu'à des symptômes très obscurs. Jusqu'ici, en effet, nous n'avions observé cet état qu'au milieu de complications plus ou moins nombreuses, et les symptômes gastriques n'ayant pas différé alors, dans la généralité des cas, de ceux observés quand la membrane muqueuse était saine, il était impossible de savoir en quoi ils consistaient. L'observation actuelle montre d'une manière plus précise que ces symptômes sont très obscurs et se bornent sans doute, dans la plupart des cas, à une diminution plus ou moins marquée de l'appétit et à la difficulté des digestions. Je ne dis pas toujours, car on a vu que, dans certains cas où cet état est joint à une rougeur plus ou moins vive, il y a quelquefois des nausées et des douleurs à l'épigastre.

La transformation de la membrane musculaire, dans une partie de son étendue, en une matière semi-cartilagineuse, n'est pas moins digne d'attention. Sans rechercher l'époque de cette transformation, ni la nature des causes qui l'ont amenée, je dirai que dans ces derniers temps encore, j'ai observé un fait qui a beaucoup d'analogie avec celui-ci; seulement, au lieu d'être transformée en matière semi-car-

tilagineuse, la membrane musculaire était changée en un tissu fibreux d'un millimètre d'épaisseur. Le tissu cellulaire correspondant était plus ou moins épaissi.

ART. IX. — État de la langue.

Il convient, après avoir étudié les symptômes qui répondent aux diverses lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, de rechercher s'il n'y a pas quelque rapport entre cet état et celui de la langue : voici ce que j'ai observé à cet égard.

Sur dix-neuf cas de ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, la langue, toujours humide, n'a présenté de rougeur sensible à aucune époque de la maladie, chez neuf individus ; et, des dix autres, quatre seulement l'ont eue rouge à la pointe et au pourtour, pendant quinze ou vingt jours ; tandis que chez les derniers cette coloration n'a eu lieu que très momentanément, deux ou trois jours seulement.

Dans les huit cas où l'inflammation était bornée à la partie de la membrane muqueuse qui recouvre la face antérieure de l'estomac, j'ai vu la langue rouge ou pâle un égal nombre de fois ; et chez l'un des sujets la rougeur fut très passagère.

Quand l'inflammation occupait la totalité ou une partie du grand cul-de-sac, auquel cas elle ne débutait probablement, comme il a *été* dit, que dans les derniers jours de la vie, la langue était dans l'état naturel chez dix sujets ; tandis que chez les sept autres elle offrait une couleur un peu rouge au pourtour, soit vers la fin de l'existence, soit à une époque un peu éloignée du terme fatal, pour un petit nombre de jours seulement.

Dans les cas où la membrane muqueuse de l'estomac offrait un aspect mamelonné plus ou moins général et prononcé, huit sujets, sur dix-neuf, avaient eu la langue d'un rouge plus ou moins vif pendant un espace de temps très

variable ; chez les autres, elle était restée dans l'état naturel. — Elle offrit un excès de rougeur, pendant une ou plusieurs semaines, sur six des quatorze autres sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac présentait des lésions variées.

Enfin, dans les cas où cette membrane était parfaitement saine sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur, la langue avait été plus ou moins rouge dix fois sur dix-neuf sujets, et même, chez l'un deux, la rougeur exista dans tout le cours de la maladie, plus vive que chez aucun de ceux dont il a été question précédemment ; et, à une certaine époque, elle devint sèche, à peu près comme cela a lieu dans certains cas d'affection typhoïde. Le fait dont il s'agit est assez intéressant pour trouver place ici.

XVII° OBSERVATION.

Un charron, âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution médiocrement forte, était malade depuis trois semaines quand il fut admis à l'hôpital de la Charité. Il disait avoir eu, sept mois auparavant, une fièvre continue qui avait duré cinq semaines, sans occasionner de diarrhée ; après quoi sa santé s'était parfaitement rétablie, il avait recouvré son embonpoint et ses forces, ses digestions avaient été faciles et régulières, son appétit excellent, jusqu'à l'époque à laquelle il tomba de nouveau malade. Pendant les huit premiers jours de cette nouvelle affection : malaise, anorexie presque complète, toux légère, inaptitude au travail ; puis chaleur sans frissons, sueurs la nuit, soif intense, anorexie complète, augmentation de la toux, douleurs au niveau du sternum, bourdonnements d'oreilles dès que le malade se levait, obligation de garder le lit. On appliqua des sangsues à l'épigastre, qui n'était pas douloureux, sans la moindre amélioration dans l'état des symptômes.

Le 3 août 1825, lendemain du jour d'entrée du malade

à l'hôpital, il était dans l'état suivant : figure un peu animée, sentiment de faiblesse considérable ; langue sèche, luisante, d'un rouge vif au pourtour, jaunâtre, humide et villeuse au centre ; soif extrême, anorexie, bouche amère, épigastre indolent ; tout l'abdomen insensible à une pression forte, constipation ; pouls à soixante-quinze pulsations par minute, vif et large ; chaleur élevée ; respiration peu fréquente, aucune espèce de râle dans toute l'étendue de la poitrine ; douleur derrière le sternum par la toux, crachats peu abondants, médiocrement aérés ; attitude naturelle, malaise peu considérable. (*Limon. ter. ; lav. émoll. ; diète.*)

Les jours suivants, la langue fut humide, nette et très rouge dans toute son étendue ; il y eut une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures, l'anorexie persista, et la limonade paraissant occasionner du malaise à l'épigastre, on ordonna une solution d'oxymel simple. Le pouls fut encore moins accéléré que le premier jour.

Le 11, l'état de la langue et des voies digestives n'avait pas sensiblement changé, la solution d'oxymel simple n'était pas mieux supportée que la limonade, il y eut un léger vomissement de bile ; le malade ne se plaignait que de la poitrine, à la partie postérieure de laquelle on entendait, du côté droit, un peu de râle sonore. (*Sol. de sir. de g.*)

Depuis cette époque jusqu'au 8 septembre, jour de la mort, la soif fut un peu moins vive, l'anorexie constante, l'épigastre indolent ; il y eut trois vomissements de bile les 22, 29 et 30 août. L'état de la langue offrit quelques variations : le 16, elle était d'un rouge très foncé, tendait à la sécheresse ; le 28, elle offrait, avec le même aspect, un certain nombre de petites taches blanches, pultacées sur les parties latérales ; le 1er septembre, elle était encore plus rouge que d'ordinaire, parfaitement nette et piquante ; le 5, à cette rougeur, chaque jour plus foncée, se joignaient de la sécheresse et un excès d'épaisseur qui persistèrent jusqu'à la

mort; les selles devinrent rares, il n'y eut de diarrhée que dans les huit derniers jours, et le ventre fut un peu ballonné à la même époque.

Le 16 août, l'oppression avait un peu augmenté; le 21, la douleur de poitrine, la toux, la dyspnée, étaient dans un état stationnaire, la respiration moins forte antérieurement, du côté gauche, que du côté droit; les crachats rares, un peu verdâtres et opaques. Il en fut ainsi jusqu'au terme fatal.

Le pouls, qui était entièrement calme le 23 août, battait quatre-vingt-cinq fois par minute le 26; la chaleur augmenta dans la même proportion, et la fièvre persista au même degré les jours suivants.

A compter du 28 août, la faiblesse et l'amaigrissement firent des progrès rapides, et bientôt le malade ne put descendre du lit. Il mourut paisiblement, sans délire et presque sans râle, à quatre heures du soir.

Il fut presque toujours à l'usage de la solution de sirop de gomme et des lavements de lin; on lui appliqua des sangsues à l'anus le 16 août et le 3 septembre, sans la moindre amélioration.

OUVERTURE DU CADAVRE, SEIZE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. — Dernier degré de marasme.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; substance médullaire du cerveau un peu injectée; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, autant à la base du crâne.

Cou. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Adhérences celluleuses dans une grande partie de la surface des poumons. Leur lobe supérieur contenait beaucoup de tubercules suppurés, plus nombreux à droite qu'à gauche, et antérieurement qu'en arrière: ailleurs, il n'y avait que des tubercules crus. Autour des uns

et des autres, le parenchyme pulmonaire était sain, et nulle part on n'observait de granulations grises demi-transparentes. — Les bronches étaient minces et d'un rose pâle; — le cœur et l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — L'estomac avait un petit volume, offrait un assez grand nombre de replis valvuleux à l'intérieur. Sa membrane muqueuse était veloutée, pâle, sans la moindre injection, d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans toute son étendue. — La même pâleur existait dans toute la longueur de l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse était parfaitement saine, à part une ulcération très pâle de 2 millimètres de diamètre, à 36 centimètres du cœcum. — La membrane muqueuse du gros intestin était blanche, d'une épaisseur et d'une consistance naturelles, si ce n'est dans les 72 derniers centimètres où elle était d'un rouge livide, ramollie, et offrait un grand nombre de petites ulcérations, au centre desquelles se trouvait un petit caillot de sang bien noir.

Le mésentère formait une espèce de gâteau inégal, aplati, de 3 centimètres d'épaisseur, de 250 centimètres de surface au moins, formé par la réunion des glandes mésentériques entièrement tuberculeuses, non ramollies, de la grosseur d'une châtaigne plus ou moins. Beaucoup de glandes lombaires avaient subi la même transformation, mais partiellement. — Le pancréas était plus dur et plus blanc que dans l'état ordinaire : le reste des viscères de l'abdomen sain.

L'absence de douleur à l'épigastre chez un sujet dont la maladie avait une marche assez aiguë, qui jouissait de toute l'intégrité de son intelligence et n'avait eu que quelques vomissements de bile, me détourna de l'idée d'une gastrite; et n'ayant encore sur l'état des poumons que des indices, je ne pus me former, au premier abord, d'opinion bien précise sur la nature de la maladie que j'observais : mais le dépérissement progressif, la rougeur et la sécheresse de la lan-

gue, la persistance des mêmes symptômes, dont la marche était croissante, me firent penser que la maladie était et deviendrait promptement mortelle. Comme en beaucoup d'autres circonstances, l'état de la langue m'a été de quelque utilité pour le pronostic, et c'est surtout, et presque uniquement, je crois, à cela, qu'on devrait réduire le rôle de la langue en pathologie. Du moins, ce qui doit paraître de la dernière évidence, d'après les faits qui viennent d'être rapportés, c'est qu'il n'y a aucune relation nécessaire entre l'état de la langue et celui de l'estomac ; car si dans certains cas elle est rouge dans la gastrite, le contraire est encore plus fréquent ; et, d'un autre côté, elle est quelquefois sèche, dure et très rouge, quand la membrane muqueuse de l'estomac est parfaitement saine.

D'ailleurs, ces faits n'ont rien qui doive surprendre; ils prouvent seulement que la langue n'est pas soustraite aux lois générales de l'économie, ce qui aurait lieu si elle indiquait constamment et uniquement l'état de la membrane muqueuse de l'estomac. En effet, qu'il y ait un mouvement fébrile quelconque, l'économie entière y participe plus ou moins ; l'appétit se perd, la peau devient chaude, humide, est souvent injectée, les sécrétions s'altèrent, l'urine est rouge, cuisante, etc., etc. Pourquoi la langue serait-elle étrangère à ces mouvements? Pourquoi ne la verrions-nous pas alors plus ou moins rouge, sèche, humide, nette ou limoneuse, indépendamment de l'état de l'estomac?

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, l'anorexie était complète; et cette circonstance est d'autant plus remarquable, qu'outre l'intégrité de la membrane muqueuse de l'estomac, il y avait fort peu de fièvre à cette époque : ce qui prouve qu'on peut perdre l'appétit sans avoir de fièvre, pour ainsi dire, et sans que la membrane muqueuse de l'estomac présente d'altération sensible.

A part une très petite ulcération, la membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine, et tout le mé-

entière transformé en matière tuberculeuse. Comment ne pas admettre que cette transformation ait été *entièrement* indépendante de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin, comme je l'ai déjà fait voir plus haut?

Dans quelques cas, la langue était le siége d'une *exsudation albumineuse*, plus importante à étudier que la simple rougeur. Cette exsudation se développait dans les derniers temps de la maladie, quatre, huit, dix, quelquefois même soixante jours avant la mort; tantôt sous forme de plaques de 8 à 12 millimètres de surface, qui, en se réunissant, couvraient quelquefois la langue dans toute son étendue; tantôt sous forme de petits grains semblables à ceux de la semoule, séparés par des espaces plus ou moins considérables, dans lesquels le tissu de la langue était à découvert. Facile à enlever, d'un demi-millimètre, plus ou moins, d'épaisseur, l'exsudation se renouvelait ordinairement plusieurs fois avant la mort. Dans la plupart des cas, elle se développait à la fois sur la langue et les différentes parties de la bouche, les lèvres, les joues, les gencives, quelquefois même la voûte palatine. Presque toujours alors la langue était le siége de picotements douloureux, plus ou moins brûlante et rouge; dans quelques cas néanmoins, je l'ai vue très pâle au-dessous des plaques elles-mêmes.

Ces différents symptômes, la rougeur, la chaleur, les picotements, la nature albumineuse de l'exsudation (1), indiquent une véritable inflammation de la membrane muqueuse qui recouvre la langue. Cependant on vient de voir qu'elle était quelquefois pâle au-dessous des plaques et dans leur intervalle, et la pâleur d'un organe aussi vasculaire de la langue se concilie difficilement, il faut en convenir, avec l'idée de l'inflammation: en sorte qu'on doit ad-

(1) G. Blache, *Exsudation particulière sur la membrane muqueuse de la bouche qui se manifeste dans les derniers temps des maladies chroniques*. Paris, 1831, thèse in-4°.

mettre que les fausses membranes albumineuses ne sont pas toujours le résultat d'une phlegmasie; que, dans certaines circonstances, on doit les considérer comme le produit d'une sécrétion altérée, par une cause différente de la phlogose. Toutefois, on ne saurait douter que l'exsudation qui nous occupe ne soit presque constamment le produit de l'inflammation de la membrane muqueuse, et, sous ce rapport, ce fait vient encore à l'appui de ce qui a été dit sur la fréquence des phlegmasies à la fin des affections chroniques (1).

Cet état de la langue n'était pas plus que la simple rougeur, en rapport avec celui de la membrane muqueuse de l'estomac. Je l'ai observé sur la huitième partie des sujets; trois fois dans le cas de ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse dont il s'agit, quatre fois quand l'inflammation de cette membrane était bornée à la partie qui tapisse la face antérieure de l'estomac, trois fois chez les sujets qui l'avaient parfaitement saine, et deux fois dans le reste des cas.

ART. X — Diarrhée.

La diarrhée était presque aussi commune que la fièvre chez les phthisiques; en sorte que sur 112 sujets, cinq seulement y avaient échappé; et elle offrait de nombreuses variations relatives à sa force et à sa durée. Dans la huitième partie des cas, elle avait débuté avec la phthisie, persisté jusqu'à la mort et duré de cinq à douze mois. Chez quelques individus, qui n'ont succombé qu'après quatre à cinq ans de maladie, elle a été en quelque sorte continue pendant ce long espace de temps. Chez le plus grand nombre, elle débutait dans la seconde moitié de l'affection; chez d'autres, dans les derniers jours de la vie seulement : de manière que nous pouvons l'envisager dans deux états prin-

(1) Voyez le Résumé de la première partie, p. 181.

cipaux, c'est-à-dire quand elle n'avait lieu que dans les derniers temps de l'existence, et quand elle commençait à une époque plus ou moins éloignée du terme fatal (1).

Diarrhée des derniers jours. Je place dans cette division tous les sujets chez lesquels la diarrhée n'a débuté que du vingtième au cinquième jour qui a précédé la mort. Ils formaient la quatrième partie des cas. Chez quelques uns, le début s'accompagnait d'un léger excès de chaleur, de frissons inaccoutumés, de coliques plus ou moins fortes; le plus ordinairement, aucun de ces symptômes n'avait lieu: les selles étaient généralement peu fréquentes. Dans les cas où j'ai pu examiner les matières fécales, elles étaient jaunâtres, pultacées, formaient ordinairement un liquide fort clair, dépourvu de mucus et de sang, au milieu duquel se trouvaient quelques parcelles de matière plus ou moins consistante. Leur odeur n'était pas très fétide.

Dans tous ces cas, un seul excepté, la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin présentait quelque lésion. Chez la moitié des individus, c'étaient des ulcérations dans l'intestin grêle ou dans le colon, quelquefois dans tous les deux; mais, abstraction faite d'un cas pour l'intestin grêle, et de deux pour le colon, ces ulcérations étaient petites et rares. Chez les quatre cinquièmes des sujets, la membrane muqueuse du gros intestin était molle comme du mucus, et presque toujours plus ou moins rouge.

Il y avait une correspondance exacte entre les symptômes et les lésions auxquelles on pouvait les attribuer. Car, si la diarrhée ne datait que de quelques jours à la mort des sujets, les ulcérations et le ramollissement de la membrane muqueuse du colon ne paraissaient pas plus anciens. En effet, pour ce qui est des ulcérations, elles étaient petites, le tissu

(1) L'analyse suivante ne porte que sur les quatre-vingt-quinze cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'un et l'autre intestin a été examinée avec soin.

cellulaire qui en faisait le fond, très mince; et à raison de leur tendance continuelle à s'élargir, et de celle du tissu qui en faisait le fond à s'épaissir, on ne pourrait que les croire fort récentes. Par rapport au ramollissement avec ou sans rougeur de la membrane muqueuse du gros intestin, j'observerai qu'il existe au même degré sur des sujets qui succombent en deux ou trois semaines à une dysenterie exempte de toute complication; que le plus ordinairement il était le résultat évident d'une inflammation qui, chez plusieurs sujets, avait marqué son début par un léger mouvement fébrile, des douleurs plus ou moins vives, jointes à des selles liquides; et que dans les cas où la douleur et les symptômes fébriles ont manqué, le début de l'affection devait correspondre à celui de la diarrhée, puisque autrement il faudrait admettre que la colite était presque toujours latente, ce qui est impossible. Tout indique donc que les petites ulcérations et le ramollissement en question, ou l'inflammation à laquelle on devait l'attribuer le plus ordinairement, étaient fort récents à la mort des sujets.

S'il n'est pas possible de croire qu'une lésion aussi grave que le ramollissement pulpeux de la membrane muqueuse du gros intestin, soit presque constamment latente, on conçoit néanmoins qu'elle puisse présenter quelquefois ce caractère, et j'en ai effectivement recueilli trois exemples. Au ramollissement se joignait, dans un des cas, une rougeur assez vive de la membrane muqueuse : il n'y avait pas eu de douleur de ventre.

La diarrhée était moins considérable chez les sujets où il y avait ulcération sans ramollissement de la membrane muqueuse, que dans les cas où ce dernier existait seul. Résultat facile à prévoir d'ailleurs, par la différence de gravité des deux espèces de lésions.

La *diarrhée de long cours* se présentait sous deux formes principales; elle était continue ou rémittente.

La durée de cette dernière variait de quinze mois à qua-

rante-huit jours ; ses rémissions étaient plus ou moins longues, de huit, dix, quinze ou vingt jours ; les selles étaient généralement peu nombreuses, les coliques rares. Quinze malades en offraient l'exemple : dix d'entre eux avaient des ulcérations dans l'intestin grêle, six dans le colon, et, si l'on en excepte deux cas pour l'un et l'autre intestin, elles étaient petites. La membrane muqueuse du colon était extrêmement ramollie chez dix sujets, rouge et épaissie dans trois de ces cas; en sorte que cette série de malades offrait les mêmes lésions, et à peu près au même degré, que la série précédente, dont la diarrhée n'avait débuté, pour ainsi dire, que quelques jours avant la mort. Il semble naturel, par cela même, de penser que dans les cas dont il s'agit, les lésions apparentes n'étaient que la moindre cause de la diarrhée ; qu'elles ne dataient, comme chez les sujets de la première série, que des derniers jours de la vie, et qu'antérieurement à cette époque, la diarrhée était le résultat d'une simple altération de sécrétion, comme on a déjà vu que cela avait lieu pour les sueurs.

La diarrhée longue et continue a duré d'un à douze mois, quelquefois même davantage. Elle était plus ou moins forte, ordinairement accompagnée de coliques. Dans un cas où elle s'est prolongée cinq mois (Obs. 4), il n'y avait pas moins de douze à quinze selles, et souvent copieuses, dans la journée. — Des quarante et un sujets qui l'avaient éprouvée, trente-cinq avaient des ulcérations dans l'intestin grêle, et trente et un dans le gros intestin. Douze fois les ulcérations de l'intestin grêle existaient dans toute sa longueur. Elles étaient considérables, avaient 3 centimètres, ou environ, de diamètre, chez treize sujets ; soit qu'elles occupassent toute ou seulement une partie de la longueur de l'organe. Il y avait dix-neuf cas de grandes ulcérations du gros intestin, et trente de ramollissement de sa membrane muqueuse. Cette dernière était rouge dans dix-sept d'entre eux. Ainsi, en général, diarrhée longue et continue, ulcérations intestinales vastes et nombreuses, c'est-à-dire, lésions sembla-

bles, mais beaucoup plus prononcées et plus anciennes que dans les cas où la diarrhée avait été longue, sans être continue.

Les grandes ulcérations existaient dans l'un et l'autre intestin, chez six sujets dont la diarrhée avait été forte et continue pendant deux, trois, cinq et onze mois. Dans les autres cas, elles n'étaient considérables que dans l'intestin grêle ou le colon. Bornées à l'intestin grêle, la diarrhée n'en avait été ni moins longue ni moins continue; preuve manifeste qu'on ne saurait la considérer comme l'effet exclusif des lésions du gros intestin. Toutefois, on doit admettre que ce dernier en était le principal siége chez les phthisiques, au moins dans les derniers temps, vu que sa membrane muqueuse était bien plus souvent ramollie et enflammée que celle de l'intestin grêle. Mais il serait d'autant plus singulier que les maladies du gros intestin fussent la cause *unique* de la diarrhée, que, dans l'affection typhoïde, où ce symptôme est presque constant, la principale et assez souvent l'unique lésion du canal intestinal, est dans l'intestin grêle.

Toutefois, pour annoncer avec quelque certitude l'existence d'ulcérations vastes et nombreuses, il faut non seulement que la diarrhée ait été longue et continue, mais que les malades aient eu des selles fréquentes : car, dans plusieurs cas où cette dernière circonstance manquait, bien que le dévoiement eût existé une ou plusieurs années sans interruption, les ulcérations étaient fort peu considérables (1). Mais je n'ai pas recueilli d'exemple de diarrhée longue, continue, et dans laquelle les évacuations alvines avaient été fréquentes, sans qu'il y eût de larges ulcérations intestinales. L'examen des matières fécales ajouterait encore à la certitude du diagnostic; car, suivant ce qui a été dit dans la première partie de cet ouvrage, leur couleur était profondément altérée, et leur odeur semblable à celle

(1) Ces faits confirment ce que j'ai dit sur les vices de sécrétion, comme cause probable de la diarrhée, dans beaucoup de cas.

des matières animales mises en macération depuis quelque temps, quand les ulcérations étaient plus ou moins vastes et nombreuses.

Quand les ulcérations du rectum étaient petites, elles n'avaient point d'influence sur le caractère de la diarrhée. Dans le cas contraire, et surtout quand elles étaient placées près de l'anus, les évacuations alvines étaient extrêmement fréquentes, muqueuses, accompagnées d'épreintes, quelquefois sanguinolentes et ordinairement involontaires.

Dans tous les cas, la perte des forces et l'amaigrissement étaient proportionnés au nombre et à la fréquence des selles.

Plus tard je reviendrai encore sur ce symptôme, qu'on ne saurait étudier avec trop de soin, quand il s'agira du diagnostic et de la marche de la maladie.

Passons maintenant à l'étude des symptômes qui accompagnent le développement de la péritonite chronique ou tuberculeuse.

ART. XI. — Péritonite chronique.

Les symptômes de la péritonite chronique, de cette maladie que je n'ai rencontrée que chez les tuberculeux, sont généralement peu saillants, peu nombreux, passent assez souvent inaperçus; bien que suffisants, comme on le verra tout-à-l'heure, pour faire connaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent.

A une époque variée de l'affection principale, quelquefois à son début, qu'elle condaine à la mort en moins de deux mois ou en plusieurs années, les malades éprouvent, pour premier symptôme de la péritonite, une augmentation du volume du ventre, indiquée par la gêne qu'ils ressentent dans leurs vêtements, s'ils ne gardent pas le lit; ou bien une douleur abdominale peu vive et quelquefois universelle, quelquefois l'une et l'autre à la fois. La douleur augmente par la pression et la percussion, est indépendante de la diarrhée, qui n'existe pas toujours, à beaucoup près, au mo-

ment où elle se développe, et s'accompagne d'ailleurs de souffrances très différentes de celles de la péritonite. Plus tard, après un espace de temps qui varie beaucoup, le médecin appelé près du malade peut constater l'existence d'une fluctuation ou d'un météorisme plus ou moins considérable de l'abdomen. Après avoir augmenté pendant quelque temps, la fluctuation diminue, puis disparaît entièrement, tandis que le météorisme persiste. Dans le cas où il s'est montré au début, sans épanchement appréciable, le météorisme diminue après un certain temps, et alors la tension du ventre est plus marquée, les circonvolutions intestinales se dessinent, l'abdomen est comme bosselé, offre une élasticité très résistante, alors même que les muscles qui l'enveloppent sont dans le relâchement le plus complet. Les nausées et les vomissements sont rares, si ce n'est dans les derniers temps de l'affection, quand une péritonite aiguë vient compliquer l'état, déjà si pénible, des malades. Dans quelques cas où ces accidents aigus n'ont pas lieu, le malaise n'en est pas moins extrême, les malades ne s'occupent que de leur ventre, ne parlent que de lui (obs. 7); tandis que dans d'autres cas où le désordre est tout aussi considérable, le ventre est constamment indolent, même à la pression, et n'offre, pour tout symptôme, qu'un excès de volume et un certain degré de fluctuation, l'urine n'étant pas albumineuse et le malade n'ayant pas éprouvé, jusque là, les symptômes d'une maladie organique du foie.

Les symptômes qui viennent d'être décrits continuent, en plus ou moins grand nombre, jusqu'à la mort, au moins le plus ordinairement; car chez quelques sujets, dont la maladie a une marche très chronique, après d'assez longues souffrances du côté du ventre, les symptômes de la péritonite disparaissent, et on n'observe plus d'accident que du côté de la poitrine. (Obs. 22.)

Le liquide épanché dans l'abdomen peut être résorbé rapidement, dans l'espace de sept à huit jours, et l'on est

tout étonné, dans quelques cas, de ne pas trouver à l'ouverture du corps une goutte de sérosité dans l'abdomen, d'y voir au contraire des adhérences universelles au moyen de fausses membranes, encore assez molles, chez des sujets qui avaient offert, quelques jours auparavant, une fluctuation manifeste de l'abdomen.

Ces symptômes, malgré leur petit nombre et leur peu de gravité, apparente du moins, ont, comme je l'ai déjà dit plus haut, à raison de leur marche constante, une grande valeur sous le rapport diagnostique; leur réunion ne peut laisser de doute sur l'existence d'une péritonite tuberculeuse et doit conduire, secondairement, au moins chez l'adulte, au diagnostic des tubercules pulmonaires, comme cela m'est arrivé plus d'une fois, chez des individus qui toussaient peu ou point, et dont la poitrine, étudiée avec un soin extrême, au moyen de la percussion et de l'auscultation, n'offrait rien d'évidemment anormal.

On pourrait néanmoins, dans quelques cas, confondre la péritonite tuberculeuse avec la péritonite cancéreuse, dont la marche est également chronique. Cependant cette dernière affection est accompagnée de bien moins de fièvre que la péritonite tuberculeuse; elle ne se montre pas aux mêmes époques de la vie; la diarrhée et les sueurs ne l'accompagnent pas; elle se développe consécutivement au cancer de quelque organe dont les fonctions, plus ou moins profondément altérées, doivent mettre sur la voie; et si ces différences ne peuvent toujours empêcher de confondre les deux affections, elles doivent exciter au moins le doute et rendre, en définitive, l'erreur difficile. J'ajoute que la péritonite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente que la péritonite chronique, qui reconnaît pour cause le cancer; que les tubercules et les cancers se développent bien rarement chez les mêmes sujets; nouveaux moyens, en procédant avec circonspection, en étudiant avec soin les différents organes, d'éviter la confusion.

Les faits suivants dissiperont les doutes que la description générale aurait pu laisser dans l'esprit.

XVIIe OBSERVATION (bis).

Un jardinier âgé de vingt-six ans, taché de rousseurs, ayant les cheveux châtain-clair, fut admis, le 13 juillet 1826, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Jean. D'une constitution médiocrement forte, toujours bien portant dans les six dernières années, à part quelques rhumes de huit à quinze jours de durée, il accusait quatre mois de maladie, et se trouvait plus mal depuis deux.

Au début : toux sèche, et bientôt après, au milieu d'avril, expectoration abondante. D'abord assez incommode, la toux le fut moins à partir des premiers jours de mai. A la même époque, le malade commença à éprouver des douleurs de ventre universelles, continues, un peu moins fortes à l'épigastre et un peu au-dessous, qu'ailleurs. Ces douleurs, accompagnées d'un peu de chaleur et de frissons, diminuèrent en juin, à la suite d'une saignée du bras et de l'application de quelques sangsues au-dessous de l'appendice xiphoïde : d'ailleurs, ni nausées ni vomissements. A son entrée à l'hôpital, le malade assurait n'avoir pas eu le ventre gonflé au moment des douleurs, n'avoir eu de diarrhée que passagèrement, quand il mangeait des fruits. L'appétit, assez bien conservé jusqu'au moment où les douleurs de ventre s'étaient fait sentir, avait cessé depuis.

Le 13 juillet, le malade jouissait de l'intégrité de son intelligence et de sa mémoire, qui était exacte; il était venu de Versailles à pied, en quatre heures, pour éviter les cahots de la voiture, et, avec eux, l'augmentation des douleurs de ventre; la soif était, comme à l'ordinaire, un peu augmentée, la langue blanchâtre; le ventre un peu plus développé au-dessous de l'ombilic que dans l'état normal, un peu douloureux dans toute sa surface, surtout par la pression, et encore plus par la percussion; un peu moins souple

qu'à l'ordinaire, principalement au-dessous de l'ombilic, où il rendait un son mat. Le pouls était régulier, à 68, la chaleur sèche; le bruit respiratoire dur, sans être évidemment bronchique au sommet des deux poumons, surtout en arrière et à droite, où la voix retentissait plus que dans l'état normal. Le malade ne toussait pas depuis huit jours, et son crachoir contenait à peine un peu de mucus mousseux, desséché. (*Orge miellée*, *lot. émol.*; *trois demi-riz.*)

Du 13 au 20, les douleurs de ventre diminuèrent, et le malade eut une selle, rarement deux en vingt-quatre heures; l'appétit fut un peu meilleur, et, le 20, tout le ventre était mat et un peu bombé au-dessus de l'ombilic. Le pouls varia de 70 à 76, la chaleur fut un peu moindre qu'auparavant. (1/4, *bain.*)

Le 28, l'appétit était encore augmenté, le quart ne suffisait plus, le malade avait deux ou trois selles tous les jours; son ventre était indolent, même à la pression, et il ne se plaignait que de faiblesse.

Le 10 août, il se disait mieux qu'à l'ordinaire; son ventre était toujours indolent, sonore dans toute son étendue, à part l'épigastre qui ne rendait pas de son; les selles étaient au nombre de deux ou trois par jour; l'appétit persistait, il n'y avait ni nausées ni vomissements; le pouls battait 88 fois par minute, était petit et faible; la région précordiale et la portion correspondante du dos rendaient peu de son; le bruit respiratoire était faible là où la percussion était obscure, la toux et l'expectoration également rares. (*Riz éd.*, 1/4.)

Jusqu'au 29, l'affection parut stationnaire: ce jour-là le malade dit souffrir à l'épigastre depuis la veille, son pouls était petit et faible; il se levait tous les jours un peu, et ses camarades assuraient qu'il mangeait en cachette.

Le lendemain 30, sa figure était plus pâle, ses traits plus affaissés que la veille: il avait eu six selles dans les dernières vingt-quatre heures.

Le 5 septembre, il disait avoir eu deux selles la veille, et on le mit au 8ᵉ de portion.

Le 11, il avait vomi quelques aliments pris dans la soirée, et assurait, contre le témoignage de ses camarades, qu'il ne mangeait pas en cachette; ses selles étaient au nombre de trois par jour, l'auscultation et la percussion de la région précordiale comme il a été dit, le pouls médiocrement accéléré, sans chaleur.

Dans les huit jours qui suivirent, la diarrhée et la faiblesse augmentèrent, en sorte que le malade, qui avait de huit à dix selles par jour, ne se levait que pour satisfaire à ses besoins: il mangeait un peu de soupe ou de pain, ne toussait pas ou très rarement, et jamais on ne l'entendit se plaindre de douleurs de ventre. Il mourut le 26, sans agonie, à quatre heures du matin, ayant été administré cependant, à raison de la progression assez rapide de la faiblesse, les jours précédents.

AUTOPSIE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme.

Tête. — Une cuillerée de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde; deux dans le ventricule latéral du côté gauche; une dans le droit, dont l'arachnoïde était épaissie. Toute la surface de ces ventricules était un peu ramollie, et il en était de même de la cloison demi-transparente. Le cerveau et le cervelet avaient un peu moins de consistance que dans l'état normal. Il n'y avait rien autre chose de remarquable.

Cou. — Un des ganglions cervicaux du côté droit était volumineux et transformé en matière grise demi-transparente, ou tuberculeuse. Le larynx, l'épiglotte, la trachée-artère et les bronches étaient dans l'état naturel, sauf un peu de rougeur aux grosses bronches.

Poitrine. — Il y avait environ 300 grammes de sérosité claire dans le péricarde, et une quantité assez considérable

de sang caillé dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux. Le cœur était un peu petit. — Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale, au moyen d'une fausse membrane dont les deux feuillets, réunis supérieurement, étaient séparés, inférieurement, par une médiocre quantité de sérosité rougeâtre. Cette fausse membrane, épaisse de 2 millimètres environ sur la plèvre costale, un peu moins sur la plèvre pulmonaire, était presque complètement transformée en matière tuberculeuse, au moyen de granulations distinctes, plus ou moins rapprochées ; ou bien, la transformation était complète, continue, et, dans le point correspondant à celui où le son était mat pendant la vie, on trouvait, entre les plèvres, une espèce de gâteau tuberculeux, de l'épaisseur de 2 à 3 centimètres, et de la largeur de la main. Le poumon correspondant était sain, à part quelques granulations tuberculeuses ou demi-transparentes, qui existaient à son sommet. Le poumon droit adhérait, dans toute son étendue, à la plèvre costale, au moyen d'un tissu cellulaire très serré, au niveau du diaphragme principalement. La face adhérente de la plèvre costale offrait, du sommet à la base, des granulations tuberculeuses dont le volume et le nombre augmentaient dans le sens indiqué, de manière que près du diaphragme elles formaient un tout continu. Des granulations semblables existaient sous la plèvre pulmonaire, mais moins nombreuses et moins grosses. Le lobe supérieur du poumon correspondant présentait des bosselures du volume d'une aveline à une noix, formées par des masses tuberculeuses, striées de lignes grisâtres, ramollies ou non ramollies, environnées d'une petite épaisseur de matière rougeâtre et grisâtre qui cédait, par expression, une petite quantité de liquide ténu, dans l'intervalle de ces bosselures. Le parenchyme pulmonaire était parfaitement sain. Le lobe moyen offrait aussi quelques bosselures pareilles à celles qui viennent d'être décrites, et le lobe inférieur quelques granulations seulement.

Abdomen. — Le ventre était rentré, sa paroi antérieure adhérait à l'intestin grêle, et les circonvolutions de celui-ci étaient réunies entre elles, au moyen de brides celluleuses de 3 à 6 centimètres de long, le plus ordinairement de 6 centimètres, assez éloignées les unes des autres, entre lesquelles on trouvait, par intervalles, de petits kystes allongés, contenant un peu de sérosité roussâtre, et adhérents aux circonvolutions intestinales. Celles-ci offraient, dans toute leur longueur, des tubercules placés sous le péritoine, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois, d'autant plus gros qu'ils étaient plus rapprochés du mésentère. Des lignes noires, ou des points de même couleur, existaient sur ces tubercules, qui étaient distants les uns des autres de 5 à 6 millimètres, et rarement confluents; et alors les anses intestinales étaient réunies, d'une manière très serrée, dans les points correspondants. Dans l'intervalle, le péritoine était noirâtre. On ne pouvait enlever aucun tubercule sans enlever en même temps une portion de la membrane muqueuse, qui n'offrait d'ailleurs d'ulcération dans aucun point. On trouvait des granulations semblables sous le péritoine qui recouvre la vessie et le côté gauche de la colonne lombaire. — Le grand épiploon offrait une légère injection à droite, dans la largeur de la main, était épais de près de 3 centimètres à son centre, descendait jusqu'au ligament de Fallope, où il adhérait, et était transformé en matière tuberculeuse, continue ou sous forme de granulations. Le mésentère offrait la même épaisseur et la même transformation. Il en était de même de l'épiploon gastro-hépatique; et comme il n'avait pas plus d'un centimètre et demi en longueur et en épaisseur, l'estomac était, en quelque sorte, accolé contre le foie. — Ce dernier organe adhérait d'une manière intime à tout le diaphragme, au moyen d'une double fausse membrane presque entièrement tuberculeuse, plus épaisse près du bord libre du moyen lobe que partout ailleurs, de 2 millimètres d'épaisseur dans

les points où elle en avait le moins. La rate était enveloppée d'une fausse membrane pareille, mais beaucoup moins adhérente aux parties sous-jacentes. D'ailleurs le foie était mou, beaucoup plus facile à pénétrer que dans l'état normal, d'un rouge foncé, et offrait, à l'intérieur, dix petites tumeurs jaunâtres, miliaires, d'apparence tuberculeuse. Deux petites tumeurs pareilles existaient dans l'intérieur de la rate, qui n'offrait rien autre chose de remarquable. — L'estomac était petit, comme enchatonné au milieu des parties qui l'environnaient. Sa membrane muqueuse était rouge dans tout le grand cul-de-sac et à droite du cardia, dans la hauteur de 6 centimètres; grisâtre ailleurs; très ramollie partout, à part les 9 centimètres voisins du pylore, dans lesquels elle donnait des lambeaux de 2 à 6 millimètres. La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait la consistance, la couleur et l'épaisseur qui lui sont naturelles. Celle du colon était d'un blanc sale et molle comme du mucus, dans sa première moitié. Elle présentait quelques ulcérations rouges ensuite. — Les autres viscères de l'abdomen ne s'éloignaient pas de l'état naturel.

C'est seulement quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, six mois et demi environ avant le terme fatal, que le malade éprouve les premiers symptômes de l'affection à laquelle il a succombé. D'abord c'est un peu de toux; une expectoration peu abondante s'y joint bientôt; deux mois après le début des premiers accidents, le sujet éprouve des douleurs de ventre universelles, qui augmentent par la pression, médiocres, assez vives cependant pour que le médecin qui lui donnait des soins ait cru devoir recourir aux émissions sanguines. A l'entrée du sujet à l'hôpital, les douleurs persistent, augmentent par la pression et les secousses du corps; le ventre est élastique universellement, et même au-dessus de l'ombilic; l'appétit est médiocre; il n'existe ni nausées ni vomissements; les symptômes locaux du

côté de la poitrine sont peu prononcés, le pouls est calme ; en sorte qu'au premier abord, en se bornant à un examen superficiel, on aurait pu croire à une affection peu grave. Bientôt néanmoins les selles deviennent plus nombreuses en même temps que les douleurs de ventre cessent pour toujours; quelques nausées ont lieu dans les derniers temps, mais l'appétit augmente et reste bon pendant cinq semaines. Cependant, et malgré la persistance de l'appétit et une alimentation suffisante, les forces diminuent assez rapidement, le malade meurt sans accidents nouveaux, sans angoisses, comme épuisé : et à l'autopsie on trouve, entre autres choses, quelques tubercules dans les poumons, un plus grand nombre des mêmes productions sous les plèvres, sous les plèvres costales principalement, des fausses membranes tuberculeuses sur la plèvre du côté gauche, et surtout sur les viscères de l'abdomen, avec quelques adhérences celluleuses lâches ; enfin des tubercules à la face adhérente du péritoine qui recouvre l'intestin, et la transformation de la presque totalité des replis du mésentère en tubercules.

Les symptômes éprouvés par le malade du côté du ventre, avant son entrée à l'hôpital et depuis, étaient bien ceux de la péritonite chronique, et il ne pouvait pas y avoir de doute sur son existence pendant la vie. D'un autre côté, les caractères anatomiques de l'inflammation chronique du péritoine étaient complets ; en sorte qu'il y a eu relation évidente entre les symptômes et les lésions, que les uns ont été la suite des autres. Il est digne de remarque, toutefois, que les lésions du péritoine ne remontaient pas toutes à la même époque. Les unes, les fausses membranes qui tapissaient le foie et la rate, étaient sans doute assez récentes : tandis que les espèces de brides filamenteuses qui unissaient entre elles les circonvolutions de l'intestin, remontaient évidemment à une époque plus éloignée, mais non antérieure au début de l'affection tuberculeuse du poumon ; car, d'un côté, le malade n'avait pas cessé de jouir d'une bonne santé dans les dix années

qui avaient précédé la toux ; et, de l'autre, l'expérience journalière prouve que des fausses membranes peuvent très bien s'organiser dans un espace de temps qui ne dépasse pas quatre mois.

Un fait qu'il importe surtout de remarquer, c'est la grandeur et l'étendue des lésions de l'abdomen par rapport à celles du parenchyme du poumon, et le peu d'intensité des symptômes généraux, du mouvement fébrile en particulier : ce qui est en parfaite harmonie avec le caractère chronique de la maladie.

Mais à quelle circonstance attribuer l'inflammation péritonéale qui nous occupe? Si dans ce cas on eût trouvé des tubercules ou des granulations grises demi-transparentes au-dessous de toutes les fausses membranes ou adhérences celluleuses de l'abdomen, on aurait pu leur en attribuer le développement ; mais il en était tout autrement ; car si, au-dessous du péritoine qui tapisse l'intestin grêle, il y avait de nombreux tubercules, ils étaient extrêmement rares et profondément placés dans le parenchyme de la rate et du foie, qui, néanmoins, étaient enveloppés par des fausses membranes épaisses. Il faut donc renoncer à cette première supposition ; et comme, d'après les faits que j'ai recueillis, la péritonite chronique semble propre aux tuberculeux, on ne saurait croire que le mouvement fébrile, si commun dans une foule de maladies, joue un bien grand rôle dans le développement de l'affection qui nous occupe ; de manière qu'il faut *principalement* admettre ici l'action d'une cause générale, qui agit d'une manière inconnue et produit, tantôt l'inflammation chronique du péritoine, tantôt celle des plèvres, etc.

Enfin, je signalerai à l'attention du lecteur la rapidité avec laquelle les fausses membranes peuvent se transformer en tubercules ; car évidemment la matière tuberculeuse développée dans les fausses membranes, sous forme continue ou sous celle de tubercules isolés, leur est postérieure en date,

et on l'observe chez des individus enlevés après quarante jours de toute maladie!

L'observation suivante, qui est remarquable à plus d'un titre, confirme cette dernière assertion, en même temps qu'elle prouve que les lésions les plus étendues et les plus graves du péritoine peuvent rester, en quelque sorte, latentes.

XXIIIe OBSERVATION (1).

Cette observation est relative à un ouvrier âgé de quarante-cinq ans, d'une taille moyenne, fabricant de châles, ayant les yeux d'une couleur claire, les cheveux châtains et grisonnants, admis le 4 juin 1840 à l'hôpital Beaujon.

Pendant les quatre à cinq années qui précédèrent cette époque, le malade vomit, tous les deux ou trois jours, en se levant, en mettant pied à terre, jamais autrement et presque sans effort, une certaine quantité de bile, sans autre altération des fonctions digestives ; et même il acquit un peu d'embonpoint dans l'espace de temps indiqué. Dans les premiers jours de mai, se trouvant d'ailleurs bien portant, il éprouva, en allant au bain, où il se rendait toutes les semaines, une sensation pénible dans la région du foie ; sensation comparable à celle qui serait déterminée par des cailloux qui se heurteraient les uns contre les autres, et qui ne fut précédée, accompagnée ou suivie d'aucune autre douleur dans l'abdomen. Deux ou trois jours après, se sentant mal à l'aise dans ses vêtements, le malade examina son ventre, qui lui parut augmenté de volume ; ce volume continua encore à s'accroître jusqu'à son entrée à l'hôpital, et il s'y joignit très promptement de la diarrhée (trois ou quatre selles par jour), une diminution assez marquée de l'appétit et des forces, une fatigue habituelle, une toux sèche,

(1) Recueillie par M. Caty, membre de la Société médicale d'observation, un des internes les plus distingués des hôpitaux.

et parfois un peu de fièvre. Dans les quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital, le malade cessa de travailler, resta chez lui, tantôt levé, tantôt au lit.

Du 3 au 5 juin, à raison de l'état du pouls, qui avait de la largeur, et de la nature présumée de l'affection, on fit deux applications de sangsues à l'anus; la première de vingt-cinq, la seconde de trente; et, le 6 juin, on pratiqua une saignée de 250 grammes.

Le 8 : décubitus horizontal, figure naturelle, un peu pâle seulement, intelligence médiocre, réponses justes; langue assez nette, peu humide, anorexie, soif légère; ni nausées ni vomissements depuis plusieurs jours : quatre selles liquides peu abondantes, sans coliques, dans les dernières vingt-quatre heures; ventre très volumineux, indolent, même à la pression, mat, excepté près de l'ombilic, où la percussion rendait un bruit humorique; fluctuation manifeste au-dessous; urines abondantes, colorées en jaune, alcalines, rendues sans douleurs; toux rare, sans expectoration; percussion et auscultation de la poitrine normales; pouls régulier, assez plein, à 84 : peau sèche et chaude; jamais d'hémorrhoïdes ni de jaunisse. (*Sol. de sir. de g., deux pilules de poudre de digitale de 5 centigr. chacune, 2 bouill.*)

Le soir du même jour le malade eut un peu d'agitation, une chaleur assez forte, le pouls à 112, et cet état persista les 9, 10 et 11 juin, sans frissons, avec la diarrhée.

Le 12, le ventre paraissait un peu moins volumineux qu'à l'ordinaire, était toujours indolent, et les selles, comme précédemment, au nombre de quatre par jour. Le bruit respiratoire avait quelque chose d'âpre, l'expiration était un peu dure et prolongée au sommet du poumon gauche, où l'on observait aussi, en arrière, quelques craquements dans l'inspiration; le pouls était à 90, la peau chaude, sans moiteur, la faiblesse augmentée. (*Riz, sir. de g. acidulé avec le jus de citron, 2 pilules de digit., bouillon.*)

Le 13, la diarrhée était plus considérable que la veille,

le pouls à 100 le matin, à 120 le soir, la peau chaude, la toux rare, les résultats de l'auscultation et de la percussion comme le 12.

Le 17, la faiblesse avait fait de nouveaux progrès, le malade se mettait avec peine à son séant, avait eu six selles pendant la nuit ; le volume du ventre était resté stationnaire, les résultats de l'auscultation étaient un peu plus prononcés que le 12, le bruit respiratoire plus dur, l'expiration un peu plus marquée sous la clavicule gauche : le pouls était à 90, régulier, la peau chaude et un peu moite. (*Eau de riz, décoction bl. 120 grammes, 1/4 de lav. de lin avec 10 gttes. de laudan. de Sydenh., pot. g., hydrochlor. de morph. 0,03 gr., 2 bouill.*)

Le 20, la faiblesse était encore augmentée, et le malade trouvait que sa position s'aggravait tous les jours. Il y avait, en effet, du côté droit de la poitrine, en arrière, dans sa moitié inférieure, un son obscur, une bronchophonie légère sans égophonie, et absence complète du bruit respiratoire : au-dessus on entendait quelques craquements mous, et à gauche, toujours en arrière, des craquements dans toute la hauteur du thorax. Il n'y avait aucune douleur, soit à droite, soit à gauche de la poitrine ; le pouls était, comme les jours précédents, à 90, la peau chaude et moite, le ventre comme à l'ordinaire, la langue rouge et sèche, un peu épaissie, incomplétement tirée. (*Id. ventouses scarifiées sous le mamelon droit, pour 120 grammes de sang.*)

Dans la nuit du 21 au 22, il y eut un peu de délire : le 22, au moment de la visite, l'intelligence était complète, le malade ne pouvait se mettre à son séant, le pouls était à 96, la peau chaude et moite, l'inappétence complète, et la diarrhée persistante ; les résultats de la percussion étaient à peu près les mêmes que le 20 ; car on entendait une respiration bronchique en arrière à droite, dans le tiers inférieur, avec une bronchophonie marquée, sans égophonie, et quelques craquements au sommet des deux poumons

Le 23, le pouls était à 108, et l'oppression augmentée. On ordonna une *saignée de 120 grammes et les mêmes préparations opiacées qu'à l'ordinaire.*

Le 24, le sang tiré la veille était couvert d'une couenne verdâtre, gélatiniforme; le malade avait eu une seule selle; le reste comme à l'ordinaire.

Le 25, altération des traits; trois selles.

Le 26, l'altération des traits était plus marquée que la veille, et, après une nuit agitée et troublée par des rêves loquaces, la langue était grisâtre, collante, incomplètement tirée, le ventre toujours indolent, même à la pression, avec son volume ordinaire; les selles étaient toujours liquides et en partie involontaires; les résultats de l'auscultation et de la percussion les mêmes que le 29, avec quelques bulles de râle sous-crépitant à la mamelle droite; le pouls était à 112, petit, faible, régulier, la peau chaude et baignée de sueur. Le soir, après avoir déliré une partie de la journée, le malade tomba dans une espèce d'état comateux, et il mourut le lendemain à midi.

Ouverture du cadavre, quarante-six heures après la mort. *État extérieur.* — Roideur cadavérique très prononcée; légère teinte verdâtre et bleuâtre de l'abdomen, dont le volume n'est pas changé.

Tête. — Adhérences très fortes entre le crâne et la dure-mère, qui est couverte de sang, après sa séparation des os. Infiltration sous-arachnoïdienne universelle; injection capillaire de la pie-mère assez considérable. Deux cuillerées de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux, dont les parois sont parfaitement saines: pas de traces de granulations jaunes ou grises demi-transparentes dans les scissures de Sylvius ou ailleurs; toute la masse encéphalique parfaitement saine.

Thorax. — 300 grammes environ de sérosité claire, non floconneuse, du côté droit, sans trace de fausses

membranes sur les plèvres. Sous la plèvre costale ou à sa face adhérente, granulations miliaires, demi-transparentes au sommet, où elles avaient de 1 à 2 millimètres de diamètre et étaient distantes les unes des autres de 2 à 6 ; beaucoup plus nombreuses dans la portion diaphragmatique, où la moitié d'entre elles était jaunâtre, tuberculeuse. Le poumon correspondant était libre de toutes parts, légèrement engoué en arrière et inférieurement : à son sommet se trouvaient douze tubercules du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, et, 5 centimètres au-dessous, un tubercule de la forme et du volume d'un haricot, jaunâtre et blanchâtre, faisant crier le scalpel, ayant tous les caractères d'un tubercule crétacé. Le lobe inférieur était d'un rouge brun, assez ferme, non grenu. — Le poumon gauche offrait des adhérences universelles, faciles à rompre ; il était un peu moins lourd que le droit, offrait, à son sommet, une cinquantaine de tubercules blanchâtres, de 2 à 5 millimètres de diamètre, et, parmi eux, quelques bronches dilatées, dont une se terminait en cul-de-sac, à 6 millimètres du sommet. Le lobe inférieur était engoué. — Il y avait trois cuillerées de sérosité claire dans le péricarde. Le cœur était d'un bon volume, décoloré, très flasque, facile à déchirer. Ses parois avaient leur épaisseur ordinaire : ses ventricules contenaient une certaine quantité de sang liquide, d'où se dégageaient quelques bulles d'air, et quelques parcelles de caillot jaunâtres : leurs valvules et leurs orifices étaient sains.

Abdomen. — Environ huit à dix litres de sérosité dans la cavité abdominale, dans laquelle nageaient des flocons irréguliers, gélatiniformes, jaunâtres et verdâtres, transparents, qu'on aurait crus formés par du tissu cellulaire infiltré, et qui se réduisaient en un liquide, dès qu'on essayait de les recueillir dans la main. Toute la surface apercevable du péritoine était recouverte d'une innombrable quantité de granulations arrondies, blanchâtres, opaques, de 1 à 2 millimètres

de diamètre, serrées les unes contre les autres, confluentes dans certains points, discrètes dans d'autres. Ces granulations étaient développées au milieu d'une fausse membrane rougeâtre, demi-transparente, qu'on pouvait enlever sans elles, de manière qu'elles restaient adhérentes au péritoine après cet enlèvement. La fausse membrane dont il s'agit était épaisse d'un millimètre seulement, au bas du ventre, et elle s'épaississait à mesure qu'on s'approchait de l'ombilic, près duquel elle avait 3 millimètres. Là elle se divisait en deux feuillets, dont l'un continuait à se porter en haut, en tapissant le péritoine pariétal et le grand épiploon; tandis que l'autre se portait en arrière et tapissait aussi, dans ce sens, l'épiploon, qui n'avait plus que 9 à 10 centimètres de haut. Son bord libre ou inférieur était mince; son bord adhérent ou supérieur avait 3 centimètres d'épaisseur; et, dans toute son étendue, ce repli du péritoine, comme l'épiploon gastro-hépatique, les méso-colon transverse, lombaire gauche et droit, le mésentère, étaient transformés en une masse jaunâtre, rosée dans quelques points, dure, friable, en quelque sorte lardacée dans quelques parties de son étendue, offrant, à sa surface et à l'intérieur, nombre de granulations tuberculeuses bien distinctes. Le grand épiploon était, en outre, sillonné par quelques troncs veineux d'un assez gros calibre, remplis d'un sang noir. — L'estomac était parfaitement libre sur ses deux faces, qui offraient seulement des granulations petites et peu nombreuses, à part le long de l'une et de l'autre courbure, où elles étaient à la fois nombreuses et assez volumineuses. La membrane muqueuse de ce viscère était dans l'état normal. — L'intestin grêle formait une espèce de masse globuleuse, comme pédiculée, flottant librement dans la cavité abdominale : ses circonvolutions adhéraient entre elles au moyen d'une fausse membrane blanchâtre, très friable, facile à enlever, sans traces d'organisation. Dans les points correspondants, l'intestin offrait une rou-

geur marquée, striée ou pointillée, et un grand nombre de granulations; tandis qu'ailleurs, là où l'intestin était libre, il était pâle, sans traces de fausses membranes, offrait des granulations blanchâtres, opaques, brillantes, confluentes dans quelques points. A part une légère injection, sa membrane muqueuse était saine. — Le gros intestin offrait, à sa face inférieure, les mêmes lésions que l'intestin grêle, et sa membrane muqueuse, à part quelques plaques rouges et un développement anormal de cryptes, était dans l'état normal. — Le foie était un peu jaunâtre et brunâtre, facile à déchirer, gras; il offrait à sa face convexe, à gauche du ligament de Fallope, des granulations grises demi-transparentes, qui devenaient plus nombreuses à mesure qu'on s'approchait davantage du ligament, sans fausse membrane. A droite, au contraire, outre un grand nombre de granulations nées du péritoine, le foie adhérait au diaphragme au moyen d'une fausse membrane double. Sa face inférieure était parfaitement lisse et n'offrait de tubercules que dans les sillons. Les autres viscères de l'abdomen n'avaient rien de remarquable.

Ainsi, au début et simultanément, toux sèche, excès de volume du ventre, qui reste indolent; selles liquides, perte de l'appétit et des forces, cessation du travail. Après quinze jours, pendant lesquels les mêmes symptômes continuent, le malade garde la chambre et quelquefois le lit; après un peu moins d'un mois de souffrance, il est conduit en voiture à l'hôpital Beaujon, où on lui pratique quelques émissions sanguines les premiers jours, sans changement appréciable. Examiné avec soin le 8 juin, un mois environ après le début des premiers accidents, son ventre est volumineux et donne une fluctuation manifeste; la toux est rare, l'auscultation et la percussion de la poitrine n'offrent rien de remarquable, l'appétit et les forces sont très diminués, le pouls est calme. Cet état continue en s'aggravant, la fai-

blesse et la diarrhée augmentent, en même temps que l'appétit devient meilleur. Bientôt l'existence des tubercules pulmonaires est reconnaissable à droite et à gauche, à l'aide de l'auscultation; un épanchement a lieu dans le côté droit de la poitrine, la diarrhée persiste; le malade s'éteint, en quelque sorte, dans le calme, le 27 juin, moins de deux mois après le début des premiers accidents, sans avoir éprouvé de douleur de ventre : et, à l'autopsie du cadavre, on trouve de légers désordres du côté des poumons, des désordres considérables du côté du péritoine et de ses replis, des tubercules ou des granulations demi-transparentes grisâtres, adhérentes à sa surface libre, avec ou sans fausses membranes, etc.

Cette dernière circonstance mérite d'être remarquée : partout où il n'existe que des granulations grises demi-transparentes, il n'y a pas de fausses membranes, et là où celles-ci existent, on trouve des tubercules : ce qui indique, d'une part, que les tubercules se développent suivant les mêmes lois à la surface du péritoine et dans le parenchyme pulmonaire, qu'ils commencent par se produire sous forme des granulations grises demi-transparentes : d'autre part, que dans un certain nombre de cas, le développement des fausses membranes est postérieur à celui des granulations grises demi-transparentes, puisque, dans le cas actuel, il n'y avait pas de fausse membrane là où l'on ne trouvait que des granulations.

Un autre fait doit encore fixer l'attention; je veux parler du calme du malade et, en quelque sorte, de la bénignité des symptômes qu'il éprouvait, malgré la marche rapide de l'affection, devenue mortelle en moins de deux mois! Il n'y eut, en effet, à aucune époque de la maladie, de douleur de ventre; le mouvement fébrile ne fut jamais très marqué; la diarrhée, quoique d'assez longue durée, fut moins considérable que dans un grand nombre de cas où l'affection a une marche chronique; et cependant, du côté de l'abdomen, que de fausses membranes, de tubercules, de graves

transformations des replis du péritoine! Dans la poitrine, que de tubercules à la face adhérente aux plèvres! Le principal et le plus remarquable des symptômes, fut la faiblesse; car après quinze jours de maladie, pendant lesquels les accidents furent très légers, le malade était déjà obligé de garder la chambre, souvent le lit; et l'on est forcé, à raison de la gravité des lésions du péritoine et de leur début, qui se confond avec celui de la maladie, de les considérer comme la cause principale de cette faiblesse, et de leur attribuer aussi, en grande partie du moins, l'amaigrissement, par suite de la gêne qu'elles devaient apporter dans les fonctions digestives (1).

Cependant, et malgré le petit nombre de symptômes observés du côté de l'abdomen, le diagnostic de la péritonite ne fut pas longtemps incertain. D'une part, antérieurement à la toux et avant que le ventre prît un excès de volume, le malade se portait bien, n'avait éprouvé aucun symptôme qui pût faire croire à une maladie organique du foie ou d'aucun autre viscère de l'abdomen; l'état de l'urine ne pouvait faire soupçonner une affection des reins, et les maladies du cœur assez avancées pour produire un épanchement, amènent d'abord l'infiltration du tissu cellulaire. D'autre part, l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité dans la cavité de l'abdomen est quelquefois un des premiers symptômes de la péritonite chronique; les quelques craquements entendus au sommet des poumons, quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, indiquaient l'existence de tubercules dans les poumons; dès lors il n'y avait plus moyen de douter, et rien de ce qui arriva dans la suite ne put modifier le diagnostic.

L'observation suivante, en donnant un nouvel exemple de la gravité de la péritonite chronique, de son influence fâcheuse sur la marche de la maladie, sera une nouvelle preuve de l'importance qu'il faut attacher à son étude.

(1) Voyez la première partie de cet ouvrage, aux pages 126 et suiv.

XIXe OBSERVATION.

Une cuisinière âgée de trente ans, ayant les cheveux châtains, une taille moyenne, le squelette peu développé, fut admise à l'hôpital Beaujon le 20 novembre 1839, souffrant alors depuis la fin du mois de mai de la même année, ou depuis six mois. La malade assurait n'avoir ni toussé ni craché, n'avoir pas eu de douleur de poitrine, de nausées, de vomissements ou de diarrhée, pendant ces six mois : seulement son appétit avait diminué et elle avait maigri pendant les trois derniers. A son entrée à l'hôpital, l'émaciation était considérable, la sonoréité de la poitrine normale; on entendait quelques craquements rares au sommet du poumon droit, en arrière. D'ailleurs, ni toux, ni augmentation du volume du ventre, ni tumeur dans cette cavité, ni diarrhée.

Quinze jours après, le ventre de la malade avait pris beaucoup de volume, donnait une fluctuation manifeste, était indolent ou très peu douloureux, même à la pression; on n'y découvrait pas de dureté.

Dans la suite, l'abdomen perdit successivement de son volume, et une diarrhée assez abondante survint.

Le 10 février et les jours suivants, vomissements verdâtres et amers.

Le 20, jour où l'on commença à noter, jour par jour, l'état de la malade, les vomissements persistaient, les circonvolutions intestinales se dessinaient à la surface du ventre, qui avait d'ailleurs son volume et sa configuration ordinaires, à très peu près, et n'offrait pas de fluctuation. Il n'y avait pas de toux; la chaleur était peu élevée, le pouls sans accélération, l'amaigrissement extrême, la figure calme et sereine; la malade assurait ne souffrir nulle part. (*Solut. de sir. de gom.; un quart de lav. de lin avec 4 gouttes de laudanum, 3 bouill.*)

Le 12, le ventre était toujours indolent, et la malade affirmait n'y avoir pas eu de douleurs quand il était volumineux; l'intestin était toujours dessiné à sa surface, un peu plus à droite qu'à gauche; l'épigastre et l'hypogastre étaient un peu saillants, élastiques, rénitents, sans tumeur appréciable, bien sonores; l'urine et les selles avaient été abondantes et involontaires, la malade avait eu un vomissement pendant la nuit, sans toux, et déclarait aussi que jusque là les vomissements n'étaient venus que le soir, toujours après avoir pris un peu de bouillon : la langue était peu humide, l'appétit nul; la peau sèche; la chaleur médiocre; le pouls à 96, régulier; la percussion de la poitrine un peu moins sonore sous la clavicule gauche que sous la droite; le bruit respiratoire un peu dur, l'expiration un peu prolongée sous cette dernière, sans être manifestement bronchique.

Dans la soirée, les vomissements furent amers et abondants, les selles liquides et involontaires.

Le 24, l'état de la malade était à peu près le même; mais elle ne se rappelait pas les vomissements de la veille.

Elle mourut le lendemain, à une heure du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme; légère teinte noirâtre de l'abdomen.

Tête. — Pie-mère peu injectée, n'entraînant avec elle aucune parcelle de substance corticale, n'offrant aucune trace de granulations grises demi-transparentes, ou de tubercules. Une cuillerée et demie de sérosité claire, transparente, dans chacun des ventricules latéraux, qui étaient d'ailleurs parfaitement sains, comme toute la masse encéphalique.

Cou. — Larynx petit, dans l'état naturel.

Thorax. — Les deux poumons offraient des adhérences celluleuses universelles: leur lobe supérieur était mou et léger, l'inférieur lourd et généralement humide, d'un aspect grenu à la loupe, dans un assez grand nombre de

points. Le lobe supérieur droit offrait deux tubercules d'un gris jaunâtre, du volume d'un grain de millet; son correspondant du côté gauche contenait six tubercules semblables, un peu plus gros, et quatre d'entre eux étaient agglomérés et assez difficiles à écraser entre les doigts. — Le péricarde contenait deux cuillerées de sérosité; le cœur avait un petit volume; ses parois étaient parfaitement saines, et ses cavités contenaient une médiocre quantité de sang noir à demi liquide.

Abdomen. — Le péritoine pariétal adhérait d'une manière plus ou moins intime aux circonvolutions de l'intestin grêle; et celle-ci étaient, comme lui, tapissées par une fausse membrane, qui avait subi la transformation tuberculeuse dans beaucoup de points. Dans leurs profondeurs, les circonvolutions de l'intestin grêle étaient réunies par des fausses membranes, le plus ordinairement par un tissu cellulaire imparfait et par la matière tuberculeuse, qui était très abondante dans cette partie. L'estomac, qui offrait à sa surface libre une assez grande quantité de matière tuberculeuse, adhérait au foie par une fausse membrane semblable aux précédentes. L'épiploon gastro-hépatique était infiltré de matière tuberculeuse, et le mésentère contenait beaucoup de tubercules. — L'estomac avait un petit volume, offrait, à l'intérieur, un peu de matière jaunâtre, et sa membrane muqueuse, qui avait à peu près sa couleur naturelle, était très ramollie, comme pultacée. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était dans l'état normal et en contact avec des matières liquides, verdâtres et abondantes. — La membrane muqueuse du gros intestin était blanchâtre dans sa première moitié, d'un rouge plus ou moins vif, uniforme ou inégal, dans la seconde; ramollie à consistance pultacée dans toute son étendue. — Le foie était un peu plus volumineux que dans l'état normal, peu humide, pâle, sans être évidemment gras. — La rate n'offrait rien de remarquable. — Les reins étaient pâles, d'ailleurs sains. — Le col de l'utérus, et

sa lèvre postérieure surtout, étaient un peu tuméfiés. Il n'y avait rien autre chose de remarquable.

Sans doute il est à regretter que la malade n'ait pas été observée avec plus de soin à son entrée à l'hôpital ; que, dès ce moment, on n'ait pas recueilli, tous les jours, des notes détaillées sur son état : il est certain néanmoins que, lors de son admission à Beaujon, elle n'éprouvait, sauf quelques craquements au sommet de la poitrine, que des symptômes généraux, un amaigrissement considérable sans diarrhée, sans altération apparente de la forme et du volume du ventre. C'est seulement quinze jours après, que l'abdomen paraît volumineux, offre une fluctuation manifeste, sans douleurs toutefois, ou presque sans douleurs. Après un espace de temps qui n'a pas été indiqué avec précision, le volume du ventre commence à diminuer ; le 10 février, des vomissements verdâtres et amers surviennent, et, le 21 du même mois, quatre jours avant la mort, la malade jouissait de l'intégrité de son intelligence, son ventre n'avait plus que son volume ordinaire, était très élastique, indolent, et offrait, dessinées à la surface, les circonvolutions de l'intestin. Cet état du ventre, rapproché de la fluctuation qu'il avait offerte quelque temps auparavant, ne permettait pas de méconnaître l'existence d'une péritonite chronique ; car c'est le propre de cette maladie, comme de la pleurésie chronique un peu étendue, de provoquer, chez les phthisiques, dans la plupart des cas, l'exhalation d'une certaine quantité de sérosité. A une époque variable, cette sérosité est résorbée, et comme alors les circonvolutions de l'intestin adhèrent entre elles ou aux parois de l'abdomen, quelquefois aux unes et aux autres ; comme ces adhérences ne peuvent avoir lieu sans gêner la circulation des matières contenues dans l'intestin, il en résulte nécessairement une dilatation plus ou moins marquée de leurs circonvolutions, qui font saillie à l'extérieur et amènent la sonoréité anormale des parois du ventre. Ici d'ail-

leurs, comme dans l'observation précédente, le diagnostic de la péritonite a rendu celui de l'affection tuberculeuse des poumons plus sûr, la péritonite chronique étant tuberculeuse, et les tubercules ne se développant pas, après quinze ans, dans un organe, s'il n'y en a en même temps dans les poumons.

Comme dans l'observation précédente, les lésions des poumons étaient peu graves, et l'affaissement du sujet doit être principalement rapporté aux lésions si étendues et si graves du péritoine.

Mais à quelle époque faire remonter le développement de la péritonite? Si l'on remarque que les quelques tubercules développés au sommet des poumons ne peuvent rendre un compte satisfaisant d'aucun des symptômes généraux observés; que la diminution de l'appétit et l'amaigrissement qui avaient lieu au moment où la malade fut admise à l'hôpital, ne pouvaient être attribués à une affection de la membrane muqueuse gastro-intestinale, dont il n'y avait alors aucun signe; que l'engorgement de l'utérus, en le supposant, contre toute vraisemblance, considérable alors, ne pourrait rendre compte de l'état de dépérissement de la malade; on sera nécessairement conduit à admettre que la péritonite a commencé avec les premiers symptômes, qu'elle explique; et on en conclura, d'une manière générale, que dans un certain nombre de cas, et dans des circonstances jusqu'ici indéterminées, la péritonite chronique peut se borner primitivement à cette altération de nutrition, et donner lieu, consécutivement, à un affaiblissement et à un amaigrissement extrêmes, avant que les symptômes qui la caractérisent ne se développent. Pour nier ces conclusions, il faudrait, ce me semble, soutenir que les causes de la phthisie, quelles qu'elles soient, peuvent rester complètement latentes pendant un espace de temps plus ou moins long et donner lieu néanmoins à un dépérissement très considérable; ce qui me paraît impossible.

Un plus grand nombre d'observations de péritonite chronique, serait désormais inutile pour éclairer le diagnostic de cette affection, et son existence serait suffisamment établie chez un sujet qui aurait éprouvé, dans l'ordre que je vais indiquer, et pendant un espace de temps variable, l'ensemble des symptômes suivants :

1° Des douleurs de ventre, ordinairement universelles et peu vives, quoique très incommodes, sans diarrhée ;

2° Une augmentation du volume et de la sonorité du ventre, bientôt accompagnée d'une fluctuation manifeste; quand, d'ailleurs, il n'existe et n'a existé aucun symptôme d'une maladie organique des viscères de l'abdomen, du foie en particulier, des reins et du cœur ;

3° Le retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement, à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendues par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités.

Le tout accompagné d'un affaiblissement dont on ne se rend compte, ni par l'état apparent des poumons, ni par les excrétions, qui n'offrent rien de remarquable dans leur abondance.

ART. XII. — Symptômes des ulcérations de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère.

§ 1. Symptômes des ulcérations de l'épiglotte.

Des dix-huit faits de ce genre que j'ai observés, six ont rapport à des individus qui n'avaient point d'ulcérations au larynx ou à la trachée-artère. Quatre d'entre eux accusaient une douleur plus ou moins vive à la partie supérieure du cartilage thyroïde, ou entre ce cartilage et l'os hyoïde. Cette douleur était comparée à celle que produirait une plaie, à des picotements, à une chaleur plus ou moins forte; et elle avait débuté un mois, deux mois, ou seulement quelques jours avant la mort. Dans trois de ces cas, la dé-

glutition était gênée, bien que le pharynx et les amygdales fussent dans l'état naturel : quelquefois même les boissons revenaient par le nez. Des douze autres malades, qui avaient à la fois, des ulcérations à l'épiglotte, au larynx et à la trachée-artère, quatre avalaient avec peine et accusaient de la douleur dans le point indiqué. Un seul rendit, pendant un certain temps, une partie des boissons par le nez.

Ainsi, l'exposition des faits indique, comme symptômes des ulcérations à l'épiglotte : une douleur fixe à la partie supérieure ou au-dessus du cartilage thyroïde immédiatement, la gêne de la déglutition et la sortie des boissons par le nez, le pharynx et les amygdales étant parfaitement sains. — Ce qui a lieu dans les cas d'ulcération au larynx, vient à l'appui de ce que je dis ; car, alors, on n'observe ni la sortie des liquides par le nez, ni la gêne de la déglutition, tant que l'épiglotte et le pharynx restent dans l'état naturel. Peut-être, dans l'absence des symptômes propres aux ulcérations du larynx, une douleur fixe à la partie supérieure du cartilage thyroïde, indiquerait-elle suffisamment celles de l'épiglotte : du moins on peut le présumer par l'observation suivante, dans laquelle la douleur était le plus remarquable des symptômes qui nous occupent.

Les faits recueillis par moi depuis quinze ans, montrent que les symptômes qui viennent d'être énumérés sont bien ceux des ulcérations ou de la destruction de l'épiglotte. J'ajoute qu'ils sont aussi ceux de l'inflammation essentielle de cet organe ; inflammation rare, que j'ai observée six fois néanmoins, et qui ne peut avoir lieu sans que les fonctions de l'épiglotte soient plus ou moins gênées. Il est encore vrai de dire que les symptômes dont il s'agit sont en parfaite harmonie avec les expériences de M. Longet sur le mécanisme des fonctions de l'épiglotte.

XX

XXe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de quarante ans, d'une consitution

peu forte, né de parents morts dans un âge avancé, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 18 octobre 1824. Il n'avait jamais eu que des indispositions, n'était pas sujet au rhume, accusait quinze mois de maladie, et toussait depuis cette époque. La toux avait été sèche pendant les deux premiers mois, puis accompagnée de crachats plus ou moins abondants, et bientôt de dyspnée. Des douleurs assez vives s'étaient manifestées, trois mois après le début, dans un des côtés de la poitrine, avaient duré quinze jours et s'étaient encore renouvelées dans la suite, à deux reprises différentes, mais pour un peu moins de temps. Il y avait eu, dans les deux dernières semaines, de légers maux de gorge, de l'enrouement et de la gêne dans la déglutition. Les sueurs ne s'étaient montrées que par intervalles, et il n'y avait pas eu de frissons. L'appétit avait successivement diminué; la diarrhée avait été rarement interrompue depuis six mois, quelquefois accompagnée de coliques, plus forte pendant les huit premières semaines qu'à toute autre époque de sa durée. L'amaigrissement et la diminution des forces remontaient au début des crachats. Le malade avait cessé ses travaux depuis six mois, et gardait le lit depuis deux.

Le 19 octobre, il était dans l'état suivant : figure pâle et amaigrie; douleurs, picotements, sentiment de sécheresse à la partie supérieure du cartilage thyroïde; déglutition un peu gênée, bien que le pharynx et les amygdales fussent dans l'état naturel; aucune sensation remarquable le long de la trachée-artère; toux médiocrement fréquente, crachats peu abondants, incomplétement opaques; poitrine peu sonore sous l'une et l'autre clavicule, surtout à droite, où l'obscurité du son s'étendait à presque toute la partie correspondante au lobe supérieur; respiration trachéale; retentissement de la voix, sans pectoriloquie, dans les mêmes points, plus prononcé sous la clavicule droite que sous la gauche; pouls accéléré (90 pulsations par minute), sensibilité très grande au froid; appétit très déprimé, soif peu con-

sidérable; épigastre indolent, six selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures, presque sans coliques. (*Tis. de riz, avec le sir. de coing; diasc. avec op., 4 cautigr.; trois crèmes de riz.*)

Les crachats devinrent tout-à-fait opaques et d'une couleur sale, les jours suivants; la douleur de gorge persista au même degré ou à peu près, et bientôt l'anorexie fut complète.

Le 7 novembre, le dévoiement avait beaucoup augmenté, la langue était dans l'état naturel, la douleur au haut du cartilage thyroïde toujours la même, la déglutition de la salive très pénible, la voix sans altération : il n'y avait aucune espèce de malaise le long de la trachée-artère; le pouls était légèrement accéléré. — Le lendemain et le surlendemain, aucun changement appréciable. — Le 10, à cinq heures du matin, le malade perdit connaissance, et, à l'heure de la visite, on le trouva couché à droite, ayant les pupilles très étroites, les yeux entr'ouverts, la respiration accélérée, le pouls lent, les mouvements d'une faiblesse extrême et seulement excités par le déplacement des parties, toujours sans connaissance. Cet état se prolongea jusqu'à midi, heure à laquelle le malade mourut.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme; rien autre chose de remarquable.

Tête. — Trois petites cuillerées de sérosité rousse, un peu trouble, dans l'arachnoïde supérieure. Quelques taches sanguines à la face interne de la dure-mère, faciles à enlever, non réunies par des fausses membranes. Infiltration sous-arachnoïdienne médiocrement épaisse; une demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; un peu plus dans les fosses occipitales inférieures. Cerveau légèrement ramolli et injecté.

Cou. — Œdème de la glotte, épais de 3 millimètres aux environs des cartilages aryténoïdes, beaucoup moins

ailleurs. — La membrane muqueuse de l'épiglotte était plus ou moins rouge, offrait quelques ulcérations à sa face linguale, avait la même couleur et un aspect brillant inaccoutumé à sa face inférieure, où se trouvaient d'autres ulcérations plus ou moins profondes : son fibro-cartilage était découvert au fond de l'une d'entre elles, et complètement détruit, dans la hauteur de 4 millimètres, du côté droit, à sa partie supérieure. — Le larynx était dans l'état naturel; la membrane muqueuse de la trachée-artère, rouge inférieurement.

Thorax. — Le poumon gauche offrait quelques adhérences celluleuses en arrière et à son sommet. Le droit adhérait supérieurement, et dans tout son pourtour, aux parties environnantes, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse; ailleurs, par un tissu cellulaire médiocrement serré. Il offrait, au sommet de son lobe supérieur, une excavation vaste et anfractueuse, capable de loger le poing du sujet, occupée, en très grande partie, par un liquide rouge et trouble, traversée par des brides peu épaisses, tapissée par les débris d'une fausse membrane molasse. Ses parois avaient à peine 4 millimètres d'épaisseur en arrière, étaient beaucoup plus épaisses en avant, et formées par une matière grisâtre et noirâtre plus ou moins dure, demi-transparente dans plusieurs points. Le reste de ce lobe était ferme, transformé en matière grise demi-transparente, en tubercules ou en petites excavations incomplètement vidées. Il y avait encore un peu de matière grise demi-transparente, et quelques tubercules à l'état de crudité, au sommet des deux autres lobes. Le désordre était de même nature, mais moins considérable, du côté gauche. — Les bronches droites contenaient une matière rouge, pareille à celle de la grande excavation, étaient plus épaisses et plus rouges au sommet qu'à la base du poumon. — Le cœur était petit, l'aorte parsemée de plaques jaunâtres dans toute son étendue.

Abdomen. — Il y avait deux litres de sérosité claire dans la cavité de l'abdomen. — L'estomac était rétréci et contenait beaucoup de mucus très tenace. Sa membrane muqueuse formait un grand nombre de plis, était généralement un peu rouge, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — L'intestin grêle était fort étroit, admettait avec peine l'entérotome, contenait beaucoup de mucus grisâtre. Sa membrane muqueuse était saine, à part quelques petites granulations tuberculeuses, ulcérées ou non ulcérées, qui se trouvaient dans son dernier quart, sur les plaques ou dans leur intervalle. — Le gros intestin contenait un liquide trouble, grisâtre, d'une odeur désagréable. A partir de la valve iléo-cœcale, sa membrane musculaire était à nu dans la longueur de 30 centimètres, exception faite d'une zone de 3 centimètres de large, au niveau de laquelle ses parois étaient saines. Ainsi à découvert, cette membrane était grisâtre, ferme, épaisse de 2 millimètres environ, offrait çà et là, à sa surface, des lambeaux de membrane muqueuse et de tissu cellulaire adhérents par un point. Il y avait encore, dans le reste de l'intestin, quatre ulcérations de 5 centimètres de diamètre, au niveau desquelles la tunique musculaire, mise à nu, avait 1 millimètre d'épaisseur. La membrane muqueuse était universellement très pâle et très ramollie dans l'S romaine du colon, et dans le rectum. — Les glandes mésocolites du côté droit étaient arrondies, de la grosseur d'un gros pois, grisâtres et brillantes, opaques, non tuberculeuses; celles du mésentère dans l'état naturel. — Le foie avait un volume convenable, une consistance ferme, supérieure à celle qui lui est ordinaire. La vésicule était extrêmement distendue par une bile roussâtre et claire. — Les autres viscères sains.

Je m'arrêterai peu sur cette observation, dans laquelle il existe un si parfait accord entre les symptômes et l'état des viscères. Les ulcérations de l'épiglotte correspondaient exac-

tement au siége de la douleur qu'éprouvait le malade au haut du cartilage thyroïde, et expliquent la gêne légère de la déglutition : la respiration trachéale et la résonnance de la voix étaient proportionnées à la grandeur des excavations tuberculeuses : le défaut de sonoréité de la poitrine, vis-à-vis le lobe supérieur des poumons, annonçait le développement de beaucoup de matière grise ou tuberculeuse dans cette partie. Si le dévoiement a été long et les selles fréquentes, le gros intestin ne pouvait guère offrir de lésions plus graves et plus étendues ; enfin, si la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine, à part un peu de rougeur, effet probable d'une lésion récente, il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni douleur à l'épigastre.

Observons encore que ce cas est le seul dans lequel j'aie trouvé la face linguale de l'épiglotte ulcérée, et la transformation des glandes lymphatiques de l'un des mésocolons en matière cancéreuse, chez des phthisiques. J'ai déjà fait cette dernière remarque au sujet des glandes du mésentère. (Obs. 4.)

Le fait suivant est un exemple de la destruction complète de l'épiglotte, et confirme ce qui a été dit au sujet des symptômes propres aux ulcérations de cet organe.

XXIe OBSERVATION.

Un jardinier, âgé de trente-trois ans, d'une taille élevée, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution forte, très bien conformé, vint à l'hôpital de la Charité, le 6 septembre 1824. Il avait eu, cinq années auparavant, une péripneumonie à la suite de laquelle la respiration était restée parfaitement libre ; et, depuis une époque plus ancienne encore, il était sujet à un enrouement qui avait lieu tous les hivers. Il accusait un an de maladie, et avait discontinué ses travaux depuis six semaines. Au début : toux, frissons irréguliers, crachats clairs et rares, pareils à de la salive battue. La toux avait continué, les

crachats étaient devenus un peu moins clairs et plus abondants depuis quatre mois; le malade avait toujours été très sensible au froid, le moindre abaissement de température lui causait des frissons; il avait eu presque constamment des sueurs nocturnes copieuses, et la chaleur était augmentée depuis six mois. Dans les trois derniers, la voix avait été plus ou moins altérée, la partie supérieure du larynx était devenue le siége d'une douleur plus ou moins vive, et, depuis cinq semaines, les boissons revenaient quelquefois par le nez. L'appétit avait diminué dès le début; depuis quelque temps la digestion était lente, et, parfois, il y avait des vomissements au milieu de la toux. D'ailleurs, aucune sensation pénible à l'épigastre, point de douleur pleurétique, point d'hémoptysie, amaigrissement progressif dans les trois derniers mois.

Le 7 septembre: figure un peu pâle, faiblesse médiocre, sommeil rare, troublé par la toux; enrouement, voix déchirée en quelque sorte, extrêmement voilée; douleur entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, constante, piquante, accompagnée de chaleur et de sécheresse, augmentant par la toux, l'exercice de la parole, la flexion du cou et la déglutition. Celle-ci était assez souvent difficile et provoquait le rejet d'une partie des boissons par le nez; la toux était fréquente, l'oppression forte pendant la nuit; un petit nombre de crachats opaques, jaunâtres et verdâtres, flottait à la surface d'un liquide clair, abondant, ou en occupait le fond; la poitrine rendait un son clair antérieurement, des deux côtés; sous la clavicule gauche la pression était douloureuse, l'expiration trachéale; sous la droite, la respiration semblait seulement plus forte que dans l'état naturel; entre les épaules, elle était bronchique, et la voix très retentissante; le pouls était médiocrement accéléré, la chaleur convenable, la langue et l'arrière-bouche dans l'état naturel, l'épigastre indolent. Le malade avait eu, dans la soirée, une selle d'une bonne consistance, et il ne se plaignait

que de sa douleur de gorge. (*Looch, potion gommée, deux crèmes de riz.*)

Il y eut une légère amélioration les jours suivants, et, le 17, la douleur du cou ne se faisait sentir que pendant la toux, l'exercice de la parole et de la déglutition; l'état des crachats n'offrait rien de remarquable; la respiration était trachéale, la pectoriloquie existait sous la clavicule droite et en arrière dans le point correspondant; l'appétit était peu considérable, les selles liquides ou molles et peu nombreuses.

Le 4 octobre, la douleur était augmentée, continue; la déglutition, surtout celle des solides, très pénible; les boissons ne revenaient plus par le nez, l'appétit se prononçait.

L'appétit persista les jours suivants, et les autres symptômes prirent encore plus d'intensité. Le 10, le malade ne pouvait avaler que les choses liquides, le pharynx et les amygdales étant, comme de coutume, dans l'état naturel; les crachats conservaient le même aspect et semblaient, parfois, se détacher de la région du larynx; les résultats de l'auscultation étaient les mêmes que les jours précédents, le pouls peu accéléré, les sueurs copieuses pendant la nuit; les selles quotidiennes et d'une bonne consistance. (*Douze sangsues au cou.*)

La douleur continua; il n'y eut de moins, pendant quelques jours, qu'un peu de chaleur au larynx; l'aphonie fut constante, les crachats verdâtres et épais. La diarrhée survint, continua sans interruption du 15 au 31, jour de la mort du sujet, et l'appétit tomba tout-à-coup. En même temps, l'épigastre fut sensible à la pression, et le malade y accusa des douleurs pulsatives. La langue fut toujours dans l'état naturel.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-SEPT HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme commençant.

Tête. — La dure-mère offrait quelques éraillures à travers lesquelles passaient des granulations de l'arachnoïde. La pie-mère était injectée, beaucoup plus fragile que de coutume; la substance cérébrale parfaitement saine. Il y avait une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

Cou. — La base de la langue et les parties inférieures du pharynx offraient plusieurs petites ulcérations, généralement éparses, nombreuses et rapprochées dans un seul point. L'épiglotte, les ligaments latéraux et les cordes vocales supérieures du larynx étaient entièrement détruits; les inférieures ne l'étaient qu'en partie. Presque toute la surface correspondante à cette destruction avait un aspect inégal, une couleur plus ou moins rouge et une certaine dureté. Les cartilages aryténoïdes étaient sains, et leur surface articulaire mise à nu. La membrane muqueuse de la trachée-artère avait une couleur rose tendre, une épaisseur et une consistance convenables.

Poitrine. — Les poumons ne s'affaissaient pas, étaient volumineux, et les vésicules pulmonaires généralement dilatées: le poumon droit adhérait dans toute son étendue; le gauche était parfaitement libre, offrait, à son sommet, une espèce de froncement qui correspondait à une petite masse de matière grise demi-transparente, fort dure, placée à 12 millimètres de sa surface, et d'où partait un certain nombre de rayons de même nature. Près d'elle se trouvaient une cavité tuberculeuse de moyenne grandeur, garnie d'une fausse membrane, et quelques parcelles de poumon hépatisées. D'ailleurs, il y avait beaucoup de granulations grises demi-transparentes, dont le nombre et le volume diminuaient du sommet à la base de l'organe. Le poumon droit offrait, dans son lobe supérieur, une excavation assez considérable, communiquant avec une autre qui était développée dans le lobe inférieur: toutes deux contenaient un liquide rouge, épais, opaque, étaient tapissées par une fausse membrane

grise, ferme, demi-transparente. Dans le reste de son étendue, le lobe supérieur contenait beaucoup de tubercules ramollis et de granulations grises. Ces dernières étaient nombreuses dans le lobe inférieur. — Le cœur et l'aorte étaient dans l'état naturel.

Abdomen. — Le volume de l'estomac était augmenté, sa membrane muqueuse plus ou moins rouge dans le grand cul-de-sac, grisâtre et mamelonnée dans le reste de son étendue, si ce n'est dans une portion de sa face postérieure, voisine de la petite courbure. Sa consistance était un peu augmentée là où existait la teinte grisâtre. — Les douze dernières plaques de l'intestin grêle offraient quelques ulcérations et un petit nombre de granulations comme semi-cartilagineuses. Ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du gros intestin était épaissie et ramollie, mais on pouvait encore en avoir des lambeaux d'un à 5 millimètres, et elle n'offrait point d'ulcération. — Le foie était volumineux et mou ; la bile de la vésicule un peu plus épaisse que dans l'état naturel ; la rate petite et peu consistante ; le reste parfaitement sain.

Ici, comme dans l'observation précédente, il y avait des douleurs au haut du cartilage thyroïde, ou entre lui et l'os hyoïde, et la déglutition était gênée : mais ces deux symptômes existaient à un degré beaucoup plus remarquable, étaient proportionnés à la grandeur du désordre et absorbaient toute l'attention du malade. La douleur était continue, piquante, accompagnée de chaleur, augmentait par tous les mouvements du cou, principalement par la déglutition, qui devenait chaque jour plus difficile, et pendant longtemps, le malade rejeta une partie de ses boissons par le nez. La déglutition des aliments solides fut toujours plus pénible que celle des liquides, et elle devint absolument impossible dans les quinze derniers jours. L'épiglotte et les cordes vocales supérieures étaient complètement détruites,

les inférieures ne l'étaient qu'en partie; en sorte que la maladie paraît avoir marché de haut en bas, que l'affection de l'épiglotte a sans doute été simple pendant un certain temps, qu'à son début la douleur et la gêne de la déglutition en dépendaient probablement d'une manière exclusive, et que dans la suite la dysphagie n'aura pas eu d'autre cause.

La progression des symptômes a été lente et continue; le sujet n'avait point eu de maladie vénérienne; et, d'après ce qui a été dit antérieurement, surtout dans le résumé de la première partie, la tendance aux ulcérations est assez grande, chez les phthisiques, pour qu'il soit inutile, dans le cas dont il s'agit, de recourir à une autre cause qu'à la maladie principale.

L'observation suivante est encore un exemple fort remarquable des symptômes que nous examinons.

XXIIe OBSERVATION.

Un fabricant de fleurs, âgé de dix-huit ans, d'une constitution un peu délicate, vint à l'hôpital de la Charité, le 23 décembre 1825. Il était convalescent, depuis dix-sept mois, d'une prétendue hydropisie ascite qui avait nécessité, à son début, l'application de soixante-quinze sangsues à l'abdomen, et pour laquelle il avait gardé le lit pendant une année, sans avoir eu de douleur de ventre, de fièvre, et presque sans diminution de l'appétit. Ses forces s'étaient rétablies avec lenteur, et il n'avait pas recouvré complétement son embonpoint. Cinq mois avant d'entrer à l'hôpital : hémoptysie légère pendant cinq jours, suivie, sept semaines après, de toux, de crachats, d'oppression, et bientôt de sueurs nocturnes quotidiennes. L'appétit persista, les selles furent régulières, et le malade n'avait discontinué ses travaux que depuis sept jours, quand il fut soumis à mon observation.

Le 24 décembre 1825, pâleur universelle, diminution marquée des forces, amaigrissement peu considérable; op-

pression médiocre, tous peu fréquente; crachats clairs, légèrement visqueux; poitrine sonore, si ce n'est dans la hauteur de 6 centimètres, au-dessous de la clavicule gauche immédiatement, où elle ne rendait qu'un son obscur; dans le même point, la respiration était bruyante, il y avait un râle sonore et une légère douleur; sous la clavicule droite, on entendait un râle pareil, mais plus faible, et nulle part il n'y avait de respiration trachéale, de pectoriloquie ou de retentissement de la voix. Le pouls était médiocrement accéléré; la chaleur douce; les sueurs copieuses, universelles pendant la nuit, sans frissons préalables. La langue était pâle et blanchâtre, l'appétit un peu moindre qu'en santé, la soif dans l'état naturel, les selles régulières. (*Tis. pector.; pot. g.; quart de portion.*)

Le 1er janvier : douleur vive au niveau et à gauche de l'os hyoïde, accompagnée d'un sentiment d'ardeur très prononcé, augmentant par la toux, la pression extérieure et la déglutition : celle-ci était gênée, bien que les amygdales et le pharynx fussent dans l'état naturel. Le lendemain, elle était plus difficile encore, et les boissons revenaient en partie par le nez. Depuis ce moment jusqu'à la mort, c'est-à-dire pendant l'espace de trois mois et demi, ces symptômes persistèrent et n'offrirent que de légères variations : le malade ne put boire que par gorgées, rendit fréquemment quelques gouttes de tisane par le nez; la déglutition des solides et des liquides fut également pénible; la douleur, qu'elle exaspérait, fixait toute l'attention du malade, qui se plaignait bien rarement d'autre chose. Une double application de sangsues au cou, les 9 et 11 janvier, n'eut aucun succès; il en fut de même d'un vésicatoire posé, quelques jours après, vis-à-vis le point douloureux.

La voix offrit un commencement d'altération le 5 janvier. Le 25, l'aphonie était complète, elle persista jusqu'à la mort, et, dans les derniers mois de l'existence, la douleur de l'os hyoïde s'étendit à la portion inférieure du larynx.

L'oppression fut généralement considérable, la respiration fréquente pendant les deux derniers mois. A partir du 9 janvier il y eut quelques crachats pelotonnés ou lacérés, au milieu d'un liquide plus ou moins clair et abondant. Le même jour, l'obscurité du son existait dans une plus grande étendue, était plus marquée sous la clavicule gauche qu'à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital; on y entendait quelques craquements, et, au-dessous, la respiration était fort obscure. Elle était trachéale, et l'air semblait s'introduire dans le stéthoscope, pendant l'exercice de la parole, sous la clavicule droite. Le 13 février, ce double phénomène existait des deux côtés, la respiration était faible, la poitrine rendait un son un peu obscur à gauche. A la fin de février il y eut quelques crachats striés. Le 4 avril, plusieurs d'entre eux étaient colorés d'une teinte rose, très faible. Le 5, le malade alla seul au jardin et eut une légère hémoptysie, qui cessa promptement.

Le 9 janvier, le pouls battait quatre-vingt-cinq fois par minute; le 17, cent fois. Il fut plus ou moins accéléré dans la suite. Dans les deux derniers mois, la chaleur était plus ou moins forte, les sueurs quotidiennes, universelles et copieuses, sans frissons préalables.

La langue fut quelquefois blanchâtre, jamais rouge; l'appétit, ordinairement développé, la digestion facile, et le malade était de fort mauvaise humeur quand on le mettait à la diète. Le dévoiement débuta au milieu de janvier, fut presque continu, était considérable à la fin de février et au commencement de mars. Il y eut parfois des nausées au milieu de la toux.

Les forces tombèrent assez rapidement, et néanmoins, comme on l'a vu, le malade descendit seul au jardin, huit jours avant sa mort. Il n'eut d'inquiétude sur sa position que par intervalles.

Dans la soirée du 11 avril ses traits offrirent une altéra-

tion assez profonde, sa respiration devint plus embarrassée, puis il perdit connaissance, et, le lendemain matin, à cinq heures, il expira.

La tisane pectorale fut remplacée par l'eau de riz, dès le début de la diarrhée : bientôt on y ajouta du diascordium avec ou sans opium, et le malade le prenait sans répugnance. Il ne mangeait que quelques crèmes de riz, quand la diarrhée était considérable ; autrement il était au quart ou au demi-quart de portion.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-SEPT HEURES APRÈS LA MORT. — *État extérieur.* — Dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne peu épaisse ; quelques granulations miliaires, non tuberculeuses, nées de l'arachnoïde, près la scissure médiane ; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral : cerveau médiocrement consistant ; sa substance corticale d'une couleur rose violette, inférieurement surtout.

Cou. — L'épiglotte était rétrécie, avait 2 millimètres d'épaisseur près de son pourtour. La membrane muqueuse qui recouvre sa face inférieure était détruite ; le tissu sous-muqueux correspondant, épaissi et d'un rose tendre ; les cordes vocales supérieures, ulcérées profondément, les inférieures, d'une manière superficielle ; les cartilages aryténoïdes, parfaitement sains, et leur base à découvert. Au-dessous des cordes vocales et dans la hauteur de 3 centimètres, la membrane muqueuse de la trachée-artère avait une couleur pelure d'ognon pâle, était un peu épaissie et criblée de petites ulcérations. Près de sa bifurcation elle était plus rouge et offrait, sur sa portion charnue, deux ulcérations de 2 à 6 millimètres de diamètre.

Poitrine. — Adhérences universelles des poumons, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse, de 2 à 5 millimètres d'épaisseur à leur sommet, et, dans le reste de

leur étendue, par un tissu cellulaire plus ou moins serré. Excavation très anfractueuse au sommet du lobe supérieur gauche, étendue jusqu'à la scissure interlobaire, du volume d'un œuf d'oie, contenant un liquide rouge, épais et trouble, tapissée par une sorte de détritus tuberculeux, dépourvue de fausse membrane. Ses parois étaient minces en arrière, dures et épaisses à leur partie antérieure, presque uniquement formées, dans le premier sens, par l'espèce de calotte semi-cartilagineuse indiquée plus haut, et, dans le second, par le développement d'une grande quantité de matière grise et noirâtre, plus ou moins demi-transparente, qui occupait, avec un assez grand nombre de tubercules et quelques abcès tuberculeux, la presque totalité du reste du lobe. Au sommet de l'inférieur se trouvait une petite excavation très inégale, contenant un liquide semblable à celui de la grande cavité, puis un certain nombre de granulations grises et jaunes. Les mêmes lésions existaient, mais bien moins étendues, à droite. — La membrane muqueuse des bronches était d'un rouge assez vif et offrait quelques ulcérations du côté gauche seulement. — Le cœur et l'aorte, dans l'état naturel.

Abdomen. — Sa paroi antérieure adhérait au grand épiploon et aux intestins, par un tissu cellulaire court et serré, mais facile à rompre. L'estomac avait un volume médiocre ; sa membrane muqueuse était rouge et ramollie dans une portion du grand cul-de-sac, grisâtre près du pylore, blanche, mamelonnée et d'une bonne consistance ailleurs. Près de la grande courbure, à 6 centimètres du pylore, il y avait une ulcération de 12 millimètres de diamètre, dont les bords étaient formés par la membrane muqueuse ramollie, rouge, renversée; et le fond, par la tunique sous-muqueuse, inégale et doublée d'épaisseur. — Le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait beaucoup de mucus dans sa première partie, puis un liquide trouble et grisâtre. Les ulcérations y étaient nombreuses,

existaient dans toute sa longueur, étaient plus considérables à sa partie moyenne qu'à ses extrémités, avaient de 4 à 9 centimètres de surface dans leur maximum, le plus ordinairement 4 à 6 millimètres de diamètre, se trouvaient sur les plaques, étaient noirâtres, à bords plats, quelquefois relevés par des granulations tuberculeuses. Le tissu sous-muqueux était un peu épaissi à leur niveau; la membrane muqueuse sensiblement ramollie dans leur intervalle. — Il y avait, dans les différentes parties du gros intestin, des ulcérations dont les plus grandes avaient 18 centimètres de surface et se trouvaient dans le cœcum et dans le colon ascendant. Leur structure était la même que celle des ulcérations de l'intestin grêle, à part quelques petites granulations grisâtres qui se trouvaient à leur centre, et le manque de tubercules à leur pourtour. Plusieurs ulcérations, placées dans le voisinage de l'anus, avaient la largeur d'une pièce d'un ou de deux francs. — Les glandes mésentériques et mésocolites n'offraient rien de remarquable. — Le foie était un peu mou, d'une couleur inégale, pelure d'oignon ou rouge foncé; la bile de la vésicule dans l'état naturel. — La rate avait 21 centimètres de haut sur 15 de large, et une consistance très ferme; son tissu était d'un rouge violet uniforme, d'un aspect gras et luisant, n'offrait de distinct que quelques orifices de vaisseaux, et des filaments blanchâtres fort ténus. — Le reste sain.

Les symptômes indiqués comme propres aux ulcérations de l'épiglotte, la douleur au-dessus du cartilage thyroïde, la gêne de la déglutition, la sortie des boissons par le nez, existaient ici à un degré fort remarquable, et me permirent de reconnaître, peu après leur début, quelle était la nature de l'affection. Pendant trois mois et demi ces symptômes furent continus, n'offrirent que de légères variations en plus ou en moins, et, comme dans l'observation précédente, ils fixaient à peu près exclusivement la pensée du malade.

L'altération de la voix suivit de près leur début, en sorte que la double maladie du larynx et de l'épiglotte parait avoir commencé, en quelque façon, à la même époque.

Quant au diagnostic de l'affection principale, il convient de remarquer qu'au moment où le sujet fut admis à l'hôpital, il ne toussait que depuis trois mois; que ses crachats n'offraient alors rien de caractéristique; qu'il n'y avait ni retentissement de la voix, ni pectoriloquie; que la maigreur était peu considérable; que tout cela était insuffisant pour reconnaître la nature de la maladie. Mais la poitrine rendait un son obscur sous l'une des clavicules, c'est-à-dire dans le point où commence le développement des tubercules; le malade avait eu une hémoptysie deux mois avant la toux, et je n'hésitai pas à le considérer comme phthisique.

Le renversement des bords de l'ulcération de l'estomac doit être remarqué, en ce que c'est le seul fait de ce genre qui se soit offert à notre observation. Dans les cas analogues, la membrane muqueuse était, comme nous avons vu, coupée d'une manière nette, et conservait, dans tout son pourtour, son mode d'union avec le tissu sous-muqueux.

Le malade avait été atteint, deux ans et demi avant sa mort, d'une affection qu'il croyait une hydropisie ascite; mais les adhérences universelles du péritoine montrent assez que cette maladie était une péritonite, et le traitement employé est d'accord avec cette manière de voir.

§ 2. Symptômes des ulcérations du larynx.

Ces symptômes variaient d'après le siége, l'étendue et la profondeur des ulcérations. De cinq malades, chez lesquels on n'en trouvait qu'à la réunion des cordes vocales, un seul eut la voix altérée du soixantième au vingtième jour qui précéda sa mort, après quoi l'aphonie fut complète et il y eut quelques douleurs au larynx. Les quatre autres n'éprouvèrent qu'un peu de sécheresse et d'ardeur à

la gorge, pendant les dernières semaines de leur existence.

Dans neuf cas où les ulcérations étaient petites, superficielles, situées à l'intérieur des ventricules, entre les cartilages arythénoïdes, ou sur les cordes vocales inférieures, il y eut de l'enrouement, une altération plus ou moins marquée de la voix, de la chaleur, des picotements au larynx; puis la voix s'éteignit plus ou moins complètement. Ces symptômes étaient extrêmement peu prononcés, à part l'enrouement, chez deux des malades. — Dans trois cas, l'enrouement avait débuté huit jours, et, dans les autres, six à huit mois avant la mort: la douleur avait eu à peu près la même durée. L'aphonie n'avait existé que chez deux sujets.

Les mêmes symptômes, mais à un degré bien plus remarquable, eurent lieu dans les huit cas où les ulcérations du larynx étaient profondes, les cordes vocales plus ou moins complétement détruites; et ils débutèrent d'un à cinq mois avant la mort. L'enrouement précéda la douleur d'une ou plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois; l'aphonie se déclara vingt ou trente jours, un mois, deux mois et davantage encore avant le terme fatal: la douleur (je parle des cas où il n'y avait pas d'ulcération à l'épiglotte) fut quelquefois très vive, piquante, lancinante, accompagnée de chaleur. Un des malades la comparait à celle qui serait produite par une plaie, et il était maintenu dans cette idée par l'existence de quelques filets de sang qu'il observait assez fréquemment au milieu des crachats. Cette douleur était augmentée par la toux et par l'exercice de la parole, n'était pas toujours la même, et disparaissait quelquefois entièrement pour un petit nombre de jours. Chez cette série de malades la toux avait un caractère particulier, était comme déchirée ou sifflante; la déglutition s'opérait sans peine, à moins que l'épiglotte ne fût plus ou moins profondément ulcérée.

Ainsi, quelle que fût la variété de l'ulcération du larynx,

les symptômes étaient de la même nature ; mais ils offraient les plus grandes différences sous le rapport de la force et de la durée. L'enrouement existait dans les quatre cinquièmes des cas. La douleur manquait assez souvent quand les ulcérations étaient superficielles ; elle était constante et plus ou moins continue dans le cas contraire. Il en était de même de l'aphonie : en sorte que nous pouvons regarder comme symptômes d'une ulcération superficielle du larynx une douleur peu considérable et de quelque durée dans cette partie, jointe à une altération plus ou moins marquée de la voix ; tandis qu'une douleur vive, continue et souvent très forte, puis l'aphonie pendant un ou plusieurs mois, indiquent de profondes ulcérations (1).

Les douleurs éprouvées au niveau du larynx, par un certain nombre de phthisiques qui ont perdu plus ou moins complétement la voix, sont, pour un certain nombre d'entre eux, vraiment intolérables, surtout pendant les mouvements de la déglutition. Dans l'intervalle de ces mouvements, c'est un sentiment de chaleur et de gonflement très pénible, dans la région du larynx : mais au moment de la déglutition, on dirait que des milliers d'aiguilles traversent les parties souffrantes, et, bien souvent alors, des malades dévorés par la soif n'osent prendre une cuillerée de liquide pour la calmer. Ces horribles douleurs, j'en ai surtout été témoin dans la ville, chez des femmes qui n'ont pas été ouvertes ; et il est plus que probable, d'après ce qui a été dit au sujet de l'épiglotte, qu'elles tenaient surtout à une grave lésion de ce dernier organe, qu'elles étaient plutôt causées par sa maladie que par celle du larynx ; autrement elles eussent été plus considérables pendant l'exercice de la parole que dans toute autre circonstance ; ce qui n'était pas.

(1) Je n'ai pas cru nécessaire d'exposer ici des faits particuliers, ceux qui sont répandus dans le cours de l'ouvrage suffisant pour montrer l'exactitude de ma description.

§ 3. Symptômes des ulcérations de la trachée-artère.

Quelque nombreuses que fussent ces ulcérations, elles ne donnaient ordinairement lieu à aucun symptôme. Un seul des malades dont la membrane muqueuse de la trachée-artère était détruite dans toute sa portion charnue, accusa, longtemps avant la mort, le sentiment d'un obstacle placé au-dessus et derrière le sternum, et bientôt il s'y joignit un peu de chaleur. Un certain nombre d'individus se plaignaient de douleur au larynx, quoiqu'il n'y eût point d'ulcérations dans cette partie, que les plus considérables de la trachée-artère fussent voisines de sa bifurcation, qu'il n'en existât que de fort petites dans sa partie supérieure. Il y eut des accès de dyspnée plusieurs jours de suite dans un cas; mais ils cédèrent promptement à l'application d'un vésicatoire au cou. Dans les autres, alors même que le désordre était considérable, les malades se couchaient à plat, sans éprouver plus d'étouffement que ceux chez lesquels les ulcérations dont il s'agit n'existaient pas (1). Les crachats n'offraient aucun caractère propre à cette lésion; de manière que les seuls symptômes qu'il me soit possible d'attribuer aux ulcérations de la trachée-artère, sont ceux éprouvés par la malade qui fait l'objet de l'observation suivante, le sentiment d'un obstacle et celui d'un peu de chaleur derrière la partie supérieure du sternum.

XXIVe OBSERVATION.

Une fille âgée de 23 ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, grande, forte, non sujette au rhume, n'ayant pas eu de maladie grave, éprouvait depuis six mois la plupart des symptômes de la phthisie. Les crachats et la dyspnée avaient débuté avec la toux, des sueurs nocturnes

(1) Les accès de dyspnée ont été mis, comme on sait, au nombre des symptômes des ulcérations de la trachée-artère.

s'étaient établies depuis quelque temps, il y avait eu un peu de diarrhée par intervalles, l'appétit s'était maintenu. Cependant la malade avait maigri dès les premiers jours du *rhume*. Elle n'avait eu ni hémoptysie, ni douleur de poitrine, quand elle fut prise, sans cause appréciable, d'un tremblement violent, bientôt suivi de chaleur, de douleur au côté droit et d'une dyspnée extrême. Ces symptômes persistèrent, et, au onzième jour de leur début, la malade fut admise à l'hôpital de la Charité, le 9 décembre 1822.

Le lendemain : figure animée, céphalalgie sus orbitaire, fatigue dans les membres et dans les reins, douleur entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, déglutition difficile, un peu d'enrouement; douleur continue, piquante, au côté droit de la poitrine, augmentée par la toux et par la pression, accompagnée d'une chaleur locale assez forte; dyspnée extrême, décubitus très-élevé; respiration rude, comme bronchique, sous les clavicules, trachéale en arrière et latéralement, dans la moitié inférieure du côté droit; égophonie, son mat dans le même point; toux fréquente, comme déchirée; quelques crachats louches et faiblement aérés, d'autres complétement opaques, épais et striés de lignes blanches; pouls vif, médiocrement plein, à cent pulsations par minute; chaleur médiocre; langue un peu rouge au pourtour, blanchâtre au centre; rougeur au pharynx, sentiment de sécheresse dans cette partie; soif peu considérable, anorexie; parfois nausées au milieu de la toux; constipation. (*Saignée de 400 grammes; tisane de chiend. miellée nit.; pot. gom.; lav. émol. bis.*)

Le lendemain et le surlendemain, nouvelles saignées, application de vingt sangsues au côté douloureux, sans amélioration. Le 13, vésicatoire de 15 centimètres de large sur le même point; et, à la visite du 14, diminution de presque tous les symptômes, pouls moins accéléré, persistance de l'état de la voix et des douleurs du cou.

L'amélioration fit de nouveaux progrès les jours suivants;

l'égophonie disparut, on ne l'entendait pas le 3 janvier. Alors, la pectoriloquie était manifeste entre l'épaule et la colonne vertébrale du côté droit, elle était douteuse à gauche; il y avait eu deux accès de dyspnée pendant la nuit. Quelques jours après, j'entendis de nouveau l'égophonie. Le 28 février, la poitrine ne rendait aucun son sous la clavicule droite, on n'y entendait pas non plus le bruit de la respiration, la dyspnée était considérable, le décubitus élevé. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva le 21 mars.

Jusque là le pouls fut plus ou moins accéléré, la chaleur variable, forte le soir et pendant la nuit : il y eut des frissons irréguliers presque tous les jours, et des sueurs nocturnes fréquemment accompagnées de sudamina.

La douleur fixée entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde fut toujours plus ou moins forte, l'altération de la voix constante, et l'aphonie complète les vingt derniers jours. Il y eut un peu de rougeur, sans gonflement, au pharynx, et la déglutition, d'abord gênée, puis libre, ne redevint difficile que dans les dernières semaines. — A ces accidents se joignit, le 10 janvier, un nouveau symptôme : la malade se plaignait de sentir, depuis quelques heures, derrière et immédiatement au dessus du sternum, un obstacle qui excitait parfois des mouvements de déglutition : il n'y avait d'ailleurs ni picotements ni chaleur dans cette partie, et la douleur de gorge n'existait plus. La même sensation persista pendant plusieurs semaines, et, le 7 février et jours suivants, il y eut, pendant l'inspiration, une douleur assez vive tout le long de la trachée-artère.

A cette même époque, des symptômes cérébraux annonçaient une nouvelle complication. Le 11 février, la malade eut des étourdissements, beaucoup de céphalalgie, et perdit connaissance pendant quelques minutes, sans avoir de paralysie : la céphalalgie persista, et, le lendemain, les étourdissements récidivèrent. Le 28, sentiment de meur-

tissure au côté droit de la face. Le 2 mars, la bouche était tirée à gauche, le bras droit très faible, la cuisse correspondante conservant toute sa force. Bientôt tout le côté droit fut également faible, et les membres supérieur et inférieur successivement atteints de douleurs, d'engourdissement et de froid. L'œil droit fut le siége de picotements désagréables, puis d'une sensation de chaleur, et la pupille droite, qui avait d'abord été la plus large, devint très étroite. Le 8, au moment où elle riait avec ses voisines, la malade perdit connaissance pour quelques minutes. Le lendemain, à l'heure de la visite, les symptômes cérébraux ne me parurent pas augmentés. Le 16, affaissement assez considérable, paralysie presque complète du côté droit, langue tirée dans le même sens. Le 19, la malade ne pouvait parler et indiquait par des gestes ce dont elle avait besoin. Il y eut du délire pendant la nuit et de l'agitation dans la journée du 20. Le délire reparut la nuit suivante. Le 21, on observa des alternatives de roideur et des mouvements spasmodiques dans le bras droit, et, par intervalles, un peu de roideur dans celui du côté gauche. Cet état se prolongea jusqu'à quatre heures du soir, après quoi la respiration devint râlante et l'agonie commença. La mort eut lieu à minuit.

L'appétit, qui s'était prononcé dans les premiers jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, disparut assez promptement. Il y eut, pendant une partie du mois de février, des douleurs à l'épigastre et dans la fosse iliaque du côté droit, et, de loin en loin, quelques nausées. Dans la suite, le sentiment du besoin ne se réveilla que par intervalles et d'une manière faible. Le 7 février, la langue était un peu rouge et couverte d'un grand nombre de petites plaques pultacées faciles à enlever, qui se renouvelèrent encore dans les premiers jours du mois de mars. Le 12, la langue était dans l'état naturel, il y eut des nausées et des vomissements de bile. — La diarrhée exista pendant la presque to-

talité du séjour de la malade à l'hôpital, mais faible, quelquefois accompagnée de coliques et d'épreintes.

On ordonna, suivant l'indication, une tisane adoucissante, la décoction blanche ou la tisane de riz, et des pédiluves sinapisés. Au début des symptômes cérébraux, on appliqua des sangsues à la vulve.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-CINQ HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur*. — Deuxième degré de marasme : rien autre chose de remarquable.

Tête. — Les os du crâne étaient très épais. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche, sous l'arachnoïde, dans une étendue de 36 centimètres, se trouvait une matière jaune concrète, membraniforme, de 2 millimètres d'épaisseur, qui semblait développée dans la piemère ; le cerveau était un peu mou, sans injection ; il y avait une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral ; la moitié inférieure de la cloison était ramollie, pulpeuse, et ses débris flottaient au milieu de la sérosité des ventricules.

Cou. — La membrane muqueuse qui recouvre la face inférieure de l'épiglotte était entièrement détruite ; la corde vocale supérieure du côté gauche, superficiellement ulcérée ; celle qui lui correspondait à droite avait presque entièrement disparu ; l'inférieure était moins profondément altérée. La membrane muqueuse qui revêt la portion molle de la trachée-artère n'existait plus : les fibres musculaires correspondantes étaient à découvert et plus ou moins épaissies dans la presque totalité de leur étendue. Dix cerceaux cartilagineux étaient dénudés, et la membrane muqueuse semblait avoir été enlevée, comme par un emporte-pièce, à leur niveau. Ce qui en restait avait peu de consistance et une couleur rose faible.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait à son sommet, au moyen d'un gros cordon membraneux. Au-dessous, il était

revêtu par une fausse membrane de 2 millimètres d'épaisseur environ, d'un aspect celluleux, qui recouvrait aussi les plèvres diaphragmatique et costale, et contenait deux litres d'une sérosité claire. Son lobe supérieur offrait deux cavités du volume d'une noix, presque entièrement vides, communiquant avec les bronches, et plusieurs tubercules ramollis. Ses deux autres lobes contenaient beaucoup de granulations grises. Le poumon gauche offrait, à sa surface, des bosselures causées par des tubercules, et, à son sommet, quelques excavations moins considérables qu'à droite. Son lobe inférieur était seulement un peu engoué. — Le péricarde contenait de 150 à 180 grammes de sérosité sanguinolente; le cœur était fort mou, d'un volume médiocre, d'un rouge livide foncé : l'aorte saine.

Abdomen. — Foie gras et volumineux; bile de la vésicule médiocrement épaisse, brunâtre. — Membrane muqueuse de l'estomac couverte d'une médiocre quantité de mucus épais et visqueux, ramollie et rouge par intervalles, dans le grand cul-de-sac, parfaitement saine 9 centimètres avant le pylore, amincie et mamelonnée ailleurs. — Duodénum dans l'état naturel. — Granulations miliaires jaunâtres et blanchâtres, nombreuses au-dessous de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, dans ses 130 premiers centimètres; rares ensuite, nulles dans le dernier tiers. Ulcérations de moyenne grandeur dans toute l'étendue de l'intestin, distantes de 9 à 25 centimètres les unes des autres, parsemées de granulations tuberculeuses. Leur fond était noirâtre, la membrane muqueuse un peu décolorée et épaissie au pourtour de la plupart d'entre elles. Une dernière ulcération, beaucoup plus considérable que les autres, empiétait sur la valvule iléo-cæcale et faisait tout le tour de l'intestin. La tunique musculaire était épaissie et à découvert à son niveau. — Il y avait plusieurs ulcérations dans les différentes parties du gros intestin, dont la membrane muqueuse était blanche et molle comme du mucus.

Elles finissaient dans le rectum à 9 millimètres de l'anus. La dernière formait un anneau complet de 8 millimètres de largeur. — Toutes les glandes mésentériques étaient presque également volumineuses et transformées en matière tuberculeuse, non ramollie. Quelques unes des mésocolites avaient subi la même transformation. — Les autres viscères sains.

Malgré leur nombre, les lésions qui viennent d'être décrites ont donné lieu, chacune en particulier, aux symptômes qui leur sont propres. La phthisie a eu les siens, ceux de la pleurésie ont été très prononcés. Il en a été de même pour l'état pathologique du cerveau et de ses annexes. Les ulcérations de l'épiglotte étaient indiquées par le siége de la douleur au-dessus et au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde; celles du larynx, par l'altération de la voix, puis l'aphonie. Enfin, l'embarras éprouvé par la malade en haut et derrière le sternum, puis la douleur tout le long de la trachée-artère, au moment de l'inspiration, pouvaient faire soupçonner, dans cette partie, une lésion plus ou moins grave. Nous verrons dans un instant que ce dernier symptôme a encore existé dans des cas où la membrane muqueuse de la trachée-artère offrait seulement une rougeur plus ou moins vive, avec un léger excès d'épaisseur; et c'est une nouvelle raison de lui attacher quelque importance dans le diagnostic de l'affection qui nous occupe. La dyspnée fut considérable; mais l'état des poumons et de la plèvre du côté droit en rend l'explication trop facile et trop naturelle, pour qu'on puisse l'attribuer à l'ulcération de la trachée-artère. Remarquons d'ailleurs que cette dyspnée a paru en même temps que la pleurésie, c'est-à-dire à une époque à laquelle on peut raisonnablement croire que la lésion dont il s'agit n'existait pas.

L'anorexie, les nausées, la douleur à l'épigastre, répondaient assez exactement à l'état pathologique de la membrane muqueuse de l'estomac. La diarrhée ne fut pas con-

sidérable, mais elle existait depuis neuf mois, rarement interrompue, et les ulcérations intestinales, sans avoir de très grandes dimensions, n'étaient pas non plus très petites, et étaient très nombreuses, dans l'intestin grêle surtout. Les épreintes éprouvées par la malade pouvaient, quoique peu fatigantes, faire prévoir une lésion de la membrane muqueuse du rectum, et nous avons effectivement vu que cette membrane était le siége de quelques ulcérations, parmi lesquelles s'en trouvait une très remarquable par sa forme annulaire. On peut donc, comme je l'ai déjà observé, reconnaître, en certains cas, la plupart des complications qui se manifestent dans les maladies de long cours, même quand la faiblesse est considérable.

Le désordre de la trachée-artère a été plus considérable encore chez le sujet de l'observation suivante, que dans le cas dont il s'agit, sans avoir donné lieu à aucun symptôme appréciable.

XXIIe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution faible, rarement enrhumé, reçut, en 1814, un coup de pied de cheval dans la région du pubis. Une tumeur se développa dans cette partie, eut une marche lente, s'ouvrit enfin spontanément, et donna lieu à une fistule, alternativement ouverte et fermée depuis neuf ans. Des douleurs s'étaient fait sentir au haut des cuisses et gênaient beaucoup la progression depuis cinq semaines, quand le malade fut admis à l'hôpital de la Charité, le 16 février 1824. Il toussait, crachait, avait eu quelques légères hémoptysies depuis neuf mois. Dans les deux derniers, l'expectoration était devenue difficile, et les crachats semblaient quelquefois s'arrêter au larynx, où il y avait eu de la sécheresse; le dévoiement était assez considérable depuis plus de deux mois, et, dès lors, l'appétit avait presque entièrement disparu.

Le 17 : figure pâle, intelligence développée, sentiment

de faiblesse considérable, troisième degré de marasme, douleurs au haut des cuisses, augmentant par la progression, qui était presque impossible; la fistule, placée au dessus de la symphyse du pubis, donnait une médiocre quantité d'un pus très peu consistant; la toux était rare, les crachats peu abondants, verdâtres, opaques, unis par une certaine quantité de mucus très clair; l'oppression peu considérable; la poitrine était sonore dans toute son étendue; il n'y avait ni pectoriloquie, ni respiration trachéale; on entendait seulement un peu de râle sous-crépitant mou à la partie supérieure du thorax; la voix était naturelle, le larynx et la trachée-artère indolents; le pouls médiocrement accéléré, la chaleur douce, les frissons rares, les sueurs abondantes; la bouche pâteuse, la langue un peu rouge au pourtour, l'anorexie presque complète, la soif à peu près nulle, le ventre souple et indolent; six selles liquides.

Depuis lors jusqu'au 25 avril, jour de la mort, le malade n'éprouva aucune sensation pénible le long du cou: il se plaignit seulement d'un peu de douleur de gorge, dans les derniers jours de la vie; le pharynx fut toujours dans l'état naturel et la voix sans altération.

Les crachats ne changèrent pas sensiblement d'aspect. Le 6 mars, la poitrine était plus sonore en arrière du côté droit que du côté gauche; la voix retentissait un peu sous la clavicule droite; il y avait du râle muqueux sous la gauche. Le 20 avril, la percussion ne tirait aucun son de ce dernier point, la respiration y était trachéale, la pectoriloquie imparfaite. Le malade fut constamment couché à plat.

Les sueurs persistèrent, plus ou moins fortes et générales, malgré l'emploi de l'acétate de plomb, à dose successivement croissante; le pouls fut plus ou moins accéléré, les frissons fréquents, presque quotidiens dans la soirée.

L'appétit se releva et fit des progrès assez rapides, en sorte qu'au commencement du mois de mars, le malade

mangeait la demi-portion de pain avec des légumes. Il en fut de même jusque dans les derniers jours de sa vie.

La diarrhée fut peu considérable jusqu'au 19 avril, qu'elle devint tout-à-coup très forte et sans cause appréciable. Le lendemain, dans la soirée, douleurs de ventre extrêmement vives, frissons prolongés, nausées fréquentes. Le 21, douleurs beaucoup moindres, ventre ballonné, langue rouge, altération peu considérable des traits. Le 22, la douleur avait disparu, l'abdomen était aplati, les selles continuelles, la faiblesse extrême ; et le 25, à dix heures du matin, après une heure d'agonie, le malade mourut.

Il avait pris du diascordium, des potions avec l'extrait gommeux d'opium, pendant la plus grande partie de son séjour à l'hôpital.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Les branches du pubis étaient dénudées de leur périoste, comme rongées par des fourmis, et, pour ainsi dire, plongées au milieu d'un pus grisâtre, peu épais, médiocrement fétide. Les muscles qui s'insèrent à la branche inférieure du pubis n'avaient plus d'attache ; ceux qui formaient les parois de l'abcès étaient grisâtres et verdâtres, recouverts d'une sorte de détritus de même couleur, et ramollis. L'abcès se prolongeait jusqu'à la partie moyenne de l'une et de l'autre cuisse.

Tête. — Deux petites cuillerées de sérosité dans la partie supérieure de l'arachnoïde ; infiltration peu considérable au-dessous de cette membrane ; pie-mère médiocrement injectée ; cerveau sain ; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral.

Cou. — Trois ulcérations superficielles à la face laryngée de l'épiglotte ; la membrane muqueuse intermédiaire, parfaitement saine. Petite ulcération à la réunion des cordes vocales du larynx. Membrane muqueuse de la trachée-artère pâle et ulcérée. Les ulcérations augmentaient de nom-

bre et de dimensions de la partie supérieure à l'inférieure ; beaucoup de cerceaux cartilagineux étaient entièrement dénudés, plusieurs offraient de petites cavités lenticulaires ; douze d'entre eux étaient très amincis dans une partie de leur étendue ; trois présentaient une solution de continuité dans leur longueur, et une perte de substance de 2 millimètres environ. Les fibres musculaires de la portion molle étaient à nu, épaissies dans plusieurs points, et presque entièrement détruites au niveau de trois des ulcérations.

Poitrine. — Adhérences cellulaires universelles des poumons aux plèvres. Le lobe supérieur du côté gauche était dur, imperméable à l'air, à part une couche fort mince placée à sa surface ; et il offrait à son sommet une excavation de moyenne grandeur, incomplétement tapissée par une fausse membrane rouge, ferme et appliquée sur une matière grise, demi-transparente, semée de tubercules. Cette cavité contenait un liquide trouble, épais et grisâtre, communiquait avec les bronches, qui étaient plus rouges et plus épaisses dans son voisinage que partout ailleurs : le reste du lobe présentait quelques petites excavations et était en grande partie transformé en matière grise, au milieu de laquelle se trouvaient beaucoup de granulations plus ou moins tuberculeuses. Le lobe inférieur était parfaitement sain. Les mêmes lésions existaient, mais beaucoup moins prononcées, dans le poumon droit. — On trouvait quelques ulcérations aussi petites que superficielles dans les bronches du côté gauche. — Le cœur n'avait que les deux tiers du volume qui lui est naturel ; l'aorte n'offrait rien de remarquable.

Abdomen. — Demi-litre de sérosité trouble, non fétide, dans la cavité de l'abdomen ; nulle communication entre cette cavité et le foyer de pus placé derrière le pubis. Adhérences légères entre quelques circonvolutions de l'intestin grêle, au moyen d'une fausse membrane jaunâtre, molle, qui tapissait aussi la face externe de la vessie et du rectum,

au-dessous de laquelle le péritoine était d'un rouge vif. — Le foie était un peu petit et sain ; la bile de la vésicule médiocrement abondante, visqueuse et verdâtre. — L'estomac contenait une petite quantité de liquide jaune, était volumineux, et sa membrane muqueuse, pâle et parfaitement saine sous le rapport de la consistance et de l'épaisseur. — Il y avait, au commencement de l'intestin grêle, beaucoup de granulations miliaires, opaques, sous-muqueuses, et, à partir du duodénum, des ulcérations, d'abord petites et rares, puis plus nombreuses et plus larges, à mesure qu'on s'approchait du cæcum. Petites, elles étaient ordinairement cachées en partie par les valvules conniventes ; plus considérables, elles occupaient les plaques, dont quelques unes étaient complètement ulcérées, tandis que les autres n'offraient que de petites ulcérations plus ou moins rapprochées, et quelques tubercules un peu ramollis. La membrane musculaire était rarement à nu dans quelques points des grandes ulcérations. — Il y en avait deux très considérables dans le cæcum et le colon transverse. Elles occupaient tout leur pourtour, avaient au moins 9 centimètres de longueur, offraient une surface grisâtre, rugueuse, formée par le tissu cellulaire sous-muqueux, épais d'un millimètre ; tandis que la membrane musculaire correspondante avait une épaisseur double. Entre ces deux ulcérations principales, s'en trouvaient six peu étendues, dont les parois étaient moins épaisses. D'autres, en assez grand nombre, étroites, demi-circulaires, noirâtres, occupaient le colon descendant et le rectum, jusque près de l'anus. La membrane muqueuse avait une médiocre consistance et une couleur rouge dans cette dernière partie. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, rouges, et en partie tuberculeuses. Il en était de même de celles du méso-cæcum et des méso-colons, vis-à-vis les ulcérations. — Le reste des viscères de l'abdomen sain.

Ici, comme dans le cas précédent, il y avait des ulcéra-

tions à l'épiglotte, au larynx et à la trachée-artère. Peu considérables dans les deux premières parties du conduit aérien, elles étaient étendues, profondes, accompagnées de la destruction partielle d'un assez grand nombre de fibro-cartilages, dans la troisième; et il y a eu même absence de symptômes pour toutes. En vain j'ai fait au malade toutes les questions nécessaires pour m'assurer de l'existence des symptômes qui auraient pu tenir à des ulcérations de la trachée-artère, je ne suis parvenu qu'à des résultats négatifs: ce qui ne saurait être attribué ni au défaut d'intelligence du malade, qui avait autant de mémoire que de sens, ni à son état de faiblesse. Je citerai à l'appui de cette dernière assertion mes observations de croup chez l'adulte (1), presque toutes relatives à des individus faibles, et dans lesquelles j'ai noté, comme symptôme constant, une douleur plus ou moins vive le long de la trachée-artère. Je rappellerai, entre autres exemples, celui d'une femme morte phthisique, atteinte de croup dans le dernier degré de marasme, et qui eut de la chaleur et de la douleur le long de la trachée-artère, du moment où les symptômes de cette dernière affection furent bien manifestes. Il est donc probable que, dans le cas dont il s'agit et dans ses analogues, le défaut de symptômes tenait à la marche extrêmement lente de la maladie.

Bien qu'on ne puisse assigner le début de l'affection de la trachée-artère, on peut croire néanmoins qu'il remontait à une époque très éloignée; et on en trouve en quelque sorte la preuve dans la solution de continuité de plusieurs des fibro-cartilages, et dans la destruction presque complète de la portion charnue de la trachée-artère dans différents points: car ces désordres n'ont pu s'opérer que dans un espace de temps considérable. Il est d'ailleurs à remarquer que la première de ces lésions ne s'est offerte que cette seule fois à mon

(1) *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques*; Paris, 1826, pag. 203.

observation, et que, dans aucun autre cas, la destruction de la membrane musculaire n'était si avancée.

Remarquons aussi que les bronches n'offraient d'ulcérations que du côté gauche, c'est-à-dire du côté de la plus grande excavation, là où elles étaient plus rouges et plus épaisses que partout ailleurs; et que ce fait confirme ce qui a été dit sur une des causes des ulcérations du conduit aérien, et sur l'influence de la matière de l'expectoration sur la phlogose.

Je dois encore signaler, dans cette observation, le peu de dévoiement du malade, jusque dans les derniers jours de la vie, malgré le nombre et la grandeur des ulcérations intestinales. Cette disproportion entre les symptômes et la lésion est effectivement peu commune, et tenait peut-être à la persistance de la membrane sous-muqueuse au niveau des ulcérations du cœcum et du colon; autre fait assez rare dans les cas analogues: car, si j'en excepte celui-ci, je n'ai pas rencontré d'exemples d'ulcérations intestinales de la grandeur de celle dont il s'agit, sans que la membrane musculaire, épaissie, ne fût plus ou moins complètement mise à nu.

Quand *l'inflammation de la membrane muqueuse de la trachée-artère* (caractérisée par une rougeur ordinairement très-vive, quelquefois réunie à un peu d'épaississement ou de ramollissement) existait *sans ulcérations*, les malades éprouvaient, dans certains cas, une douleur plus ou moins vive, accompagnée de chaleur le long du cou. Trois sur dix-sept en offraient l'exemple; cinq autres ressentirent, pendant un espace de temps assez considérable, des douleurs à la gorge ou au larynx, quoiqu'il n'y eût pas la moindre lésion dans ces parties.

Si nous rapprochons des trois premiers cas ceux de croup, dans lesquels il y a presque constamment une douleur accompagnée de chaleur le long de la trachée-artère, nous considérerons ces symptômes, quand ils surviennent

dans le cours de la phthisie, comme le produit de l'inflammation de la membrane muqueuse dont il s'agit. Peut-être même faudrait-il envisager, comme tenant à la même cause, la douleur rapportée au larynx ou à l'arrière-bouche, quand la déglutition est facile et la voix sans altération : car une douleur de gorge accompagnant l'inflammation de la membrane muqueuse de la trachée-artère est un fait en tout semblable au prurit de l'extrémité du gland par l'effet d'un calcul dans la vessie.

L'enrouement a existé dans quelques cas où il n'y avait ni ulcération ni inflammation de la membrane muqueuse du larynx, mais pour peu de temps, à des époques variées de l'affection, et sans douleur de gorge.

En *résumé*, les ulcérations du larynx donnaient lieu, dans la plupart des cas, aux symptômes qui leur sont propres : celles de l'épiglotte, quand elles étaient peu considérables, étaient ordinairement latentes ; celles de la trachée-artère n'ont donné lieu à quelques symptômes particuliers que dans un cas ; la simple inflammation de la membrane muqueuse de cette partie du conduit aérien y a excité plusieurs fois de la chaleur et de la douleur ; ou bien la douleur a été rapportée à la gorge ou au larynx.

ART. XIII. — De la péripneumonie.

La péripneumonie survient fréquemment chez les sujets qui nous occupent, mais à des époques variées de la phthisie, dans son cours ou à sa terminaison.

Quand elle survenait à une époque peu avancée de l'affection, alors que les malades se livraient encore à leurs occupations, que leurs forces et leur embonpoint n'avaient pas encore beaucoup diminué, la pneumonie se montrait avec le cortége des symptômes qui l'accompagnent ordinairement quand elle se développe chez des personnes parfaitement bien portantes : mais ces symptômes étaient généralement peu graves, et elle guérissait presque constamment.

alors même qu'il y avait des excavations tuberculeuses au sommet des poumons; comme si les excavations et les tubercules, véritables corps étrangers pour ces organes, étaient la principale cause excitante de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, et devaient, par cette raison, en diminuer le péril.

Le peu de gravité de la pneumonie dans le cours de la phthisie, quand elle est peu avancée, a aussi été signalé par M. Andral, qui ajoute (ce que j'ai vu quelquefois) qu'il n'est pas rare d'observer des phthisiques qui, pendant la durée de leur maladie, ont éprouvé jusqu'à douze ou quinze fois des symptômes bien tranchés de pneumonie. Et M. Grisolle, dans ses belles recherches sur cette dernière maladie, conclut des faits qu'il a analysés, que la pneumonie qui survient dans le cours de la phthisie n'en accélère la marche que dans un petit nombre de cas; que, bornée le plus souvent à une petite surface et au voisinage des tubercules, elle ne s'accompagne pas de symptômes bien graves; qu'elle a une marche régulière, une durée moyenne de douze à quinze jours, est presque constamment suivie de guérison et ne semble pas aggraver la maladie primitive (1).

Sans doute cette dernière conclusion s'accorde peu avec l'opinion la plus générale : elle est en opposition avec ce que dit M. Andral, qui, quelques lignes au-dessous de la proposition que je viens de citer, assure que la pneumonie intercurrente des phthisiques, trop souvent méconnue ou négligée, cause la mort prématurée d'un grand nombre de malades; que, dans les cas où elle n'entraîne pas immédiatement leur perte, elle est toujours fâcheuse en ce qu'elle favorise le développement des tubercules, et en accélère le ramollissement (2).

Cependant je crois la proposition de M. Grisolle vraie,

(1) *Traité pratique de la Pneumonie aux différents âges*, Paris, 1841, in-8.

(2) Clinique, 1er vol., 3e édit., p. 321.

appliquée, comme il l'a fait, à la pneumonie intercurrente, à celle qui se développe dans le cours d'une affection tuberculeuse peu avancée; au moins est-elle conforme à ce que j'ai observé moi-même.

Un autre fait qu'il importe de signaler, c'est que la pneumonie qui a son siége à la partie antérieure et supérieure des poumons, et dont on ne trouve pas de traces en arrière, est tuberculeuse. C'est du moins ce que j'ai constamment vu: de manière que dans des cas obscurs, ce siége de la pneumonie pourrait conduire au diagnostic d'une affection tuberculeuse qui aurait été méconnue jusque là.

Quand la pneumonie survenait dans les derniers jours et était en même temps très bornée, aucun symptôme, ordinairement, n'en faisait soupçonner l'existence; mais quand elle occupait une certaine étendue, les malades éprouvaient, dans la plupart des cas (les cinq huitièmes environ), trois, quatre, cinq jours avant la mort, des douleurs dans un des côtés de la poitrine: en même temps le bruit respiratoire était faible, mêlé d'une crépitation fine, la percussion rendait un son obscur dans le point correspondant, et les crachats acquéraient quelquefois un peu de viscosité, sans avoir néanmoins les caractères qu'ils présentent quand la péripneumonie a lieu chez des sujets non affaiblis par des maladies antérieures. Toutefois ces symptômes, quand ils avaient lieu, suffisaient pour faire reconnaître la complication et en marquer le début.

Du reste, et cette différence se conçoit aisément, à l'inverse de la pneumonie qui survient dans le cours peu avancé de la phthisie, celle qui se développe dans les derniers temps de cette maladie est presque nécessairement mortelle.

ART. XIV. — De la pleurésie.

Comme la pneumonie, la pleurésie se développait, ainsi que je l'ai déjà dit, à des époques très variées de l'affection:

tantôt dans son cours, quand elle était peu avancée, qu'il n'y avait, très probablement, que quelques tubercules dans les poumons; tantôt dans les derniers temps de la maladie. Mais la marche et la gravité de ces deux affections n'étaient pas les mêmes.

Tandis que la pneumonie développée dans le cours, encore peu avancé, des tubercules pulmonaires, guérissait presque constamment, la pleurésie guérissait rarement; de manière que, lors de la première édition de cet ouvrage, je ne l'avais vue disparaître complétement alors que dans un cas. On ne saurait douter, d'après cela, que la pneumonie et la pleurésie n'aient une influence très différente sur la marche de la phthisie; que si l'une n'a pas d'action évidente à cet égard, l'autre, la pleurésie ne doive, au moins dans un grand nombre de cas, avancer la marche fatale de cette affection.

Bien entendu, d'ailleurs, qu'il n'est ici question que de la pleurésie grave, de celle qui est accompagnée d'un épanchement plus ou moins considérable : car la pleurésie sèche, celle qui survient presque inévitablement dans le cours de la phthisie, qui n'est pas accompagnée d'un changement appréciable dans la sonoréité du thorax et dans les phénomènes de l'auscultation, cette pleurésie est probablement sans influence sur la marche de l'affection; ou si cette influence a lieu, elle est légère et tout-à-fait inappréciable.

Encore une remarque qui n'est pas sans importance relativement au sujet qui nous occupe. Si la pleurésie sèche qui se développe dans le cours de l'affection tuberculeuse, et qui est ordinairement annoncée par des points douloureux, passagers, qui ont lieu tantôt à droite, tantôt à gauche; si cette pleurésie est le plus ordinairement double, il en est quelquefois de même de la pleurésie grave, de celle qui s'accompagne d'un épanchement plus ou moins considérable : et, celle-ci une fois constatée, elle annonce, d'une manière à peu près certaine, l'existence d'une affection tuberculeuse qui avait pu être méconnue jusque là. Au moins

est-il vrai de dire que jamais jusqu'ici je n'ai observé la pleurésie double dont il s'agit, chez des sujets dont les poumons étaient parfaitement sains; que je n'ai vu cette maladie que chez des tuberculeux, ou dans la gangrène des deux poumons; de manière que l'expression de pleurésie double est, pour moi, synonyme de tubercule, ou tout au moins d'affection organique des poumons.

Quand elle se développait dans les derniers jours de la vie, la pleurésie donnait encore lieu, dans la plupart des cas soumis à mon observation, à des symptômes capables de la faire reconnaître. Ainsi, sept des onze malades qui en étaient l'exemple, avaient éprouvé des douleurs assez vives dans un des côtés de la poitrine, trois, neuf, onze et dix-sept jours avant la mort. La chaleur, la soif, l'accélération du pouls, s'étaient accrues chez trois sujets : l'égophonie avait eu lieu dans deux cas, et je l'aurais sans doute constatée plus souvent, s'il était toujours possible d'examiner les malades convenablement, dans les derniers moments de leur existence. Mais il vient un temps où la faiblesse est si grande, qu'on craint encore d'y ajouter par toute espèce de mouvement, même communiqué, et on renonce à une exploration qui n'est pas sans danger. Quoi qu'il en soit, ici, comme pour la pneumonie des derniers jours, les symptômes étaient assez prononcés pour qu'on pût fixer avec précision le début de la maladie, et se convaincre qu'elle n'existait que depuis quelques jours, au moment de la mort des sujets.

ART. XV. — État des fonctions des organes génitaux.

§ 1. Chez l'homme.

Plusieurs fois je me suis informé auprès des phthisiques de leur penchant au plaisir de l'amour, et, dans tous les cas, il m'a paru diminué proportionnellement à la perte des forces, au malaise et aux autres symptômes : à peu près comme chez les sujets atteints de toute autre maladie chronique et

également affaiblis. Toutefois, quand l'affection tuberculeuse n'a encore fait que peu de progrès, que les forces sont peu affaiblies, mais assez cependant pour empêcher les malades de se livrer à leurs occupations, il se pourrait que quelques uns d'entre eux eussent pour les plaisirs de l'amour un goût plus décidé que dans l'état de parfaite santé; ce qu'on expliquerait sans peine par le seul effet du désœuvrement qui laisse la pensée dans le vague, et livre l'homme à son imagination et à toutes ses impressions. Mais il serait vraiment surprenant qu'au milieu de la détérioration générale de toutes les fonctions, celles de la génération prissent une énergie toute particulière : aussi nombre de phthisiques interrogés par moi, depuis la première édition de cet ouvrage, m'ont toujours répondu de façon à me prouver que les médecins étaient dans l'erreur sur ce point; en sorte que presque tous ceux auxquels j'ai demandé si leur penchant à l'amour était plus développé qu'en bonne santé, indiquaient, par leurs réponses, que la question leur paraissait presque ridicule.

§ 2. Chez la femme.

L'évacuation menstruelle cessait à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Une seule fois elle persista jusqu'à la mort, mais irrégulière, peu abondante, et, dans les trois derniers mois de l'existence, elle avait lieu tous les dix jours. La femme qui fait l'objet de cette observation fut malade neuf mois et demi, eut, pendant tout cet intervalle, une toux sèche; et, à l'ouverture de son corps, on trouva beaucoup d'excavations tuberculeuses dans les poumons, l'utérus petit et sain. Dans d'autres cas, les règles éprouvaient, avant leur suppression totale, des irrégularités plus ou moins considérables, soit pour la quantité, soit pour l'époque de leur retour; et, dans tous, à part la diminution plus ou moins marquée de son volume, l'utérus était

parfaitement sain : nouvelle preuve de ce que j'ai déjà remarqué plusieurs fois, que le dérangement d'une fonction ne suppose pas toujours l'altération, du moins sensible, de l'organe qui en est chargé.

Quand la phthisie durait moins d'un an, la suppression des règles avait lieu, terme moyen, dans la moitié de son cours. Si elle ne parcourait ses périodes que dans l'espace d'une à trois années, c'était seulement dans le dernier tiers. Toutefois, on aurait une idée bien imparfaite des irrégularités qu'offre la menstruation chez les phthisiques, si l'on n'indiquait ses limites. Ainsi une jeune femme dont la maladie dura trois ans, cessa d'avoir ses règles à la fin du treizième mois ; tandis que chez une autre à peu près du même âge, et dont l'affection ne fut pas de moins longue durée, les règles revinrent périodiquement jusqu'à l'avant-dernier mois qui précéda la mort.

Dans les cas où la phthisie avait une marche très lente, je n'ai pu trouver la cause qui retardait ou accélérait la suppression du tribut périodique. Quand elle arrivait au terme fatal en moins d'une année, cette suppression coïncidait, dans la plupart des cas, avec le début de la fièvre ; c'est-à-dire avec une époque dans laquelle l'influence de la maladie principale sur les fonctions des différents organes devenait plus évidente et plus réelle.

La menstruation ayant continué avec quelque régularité, dans certains cas, jusqu'au dernier mois de l'existence, on conçoit sans peine que la grossesse puisse avoir lieu et marcher convenablement pendant le cours de la phthisie : j'en ai observé deux exemples. Le plus remarquable est relatif à une femme qui mourut dans le dernier degré de marasme, vingt jours après être accouchée d'un enfant très robuste. Ses poumons présentaient un grand nombre d'excavations tuberculeuses.

Mes observations ne m'ont pas mis à portée de savoir si la grossesse est ou non une circonstance capable de retar-

der la marche de la phthisie ; et l'on conçoit que pour avancer quelque chose de positif à cet égard, il faudrait un nombre de faits considérable, et peut-être avoir observé plusieurs années de suite dans un établissement destiné aux femmes enceintes. Néanmoins je remarquerai, au sujet de l'influence dont il s'agit, que peut-être il y a erreur et confusion de la part de ceux qui l'admettent. Il se pourrait, en effet, que plusieurs des symptômes de la phthisie fussent un peu plus obscurs dans le cours de la grossesse que dans l'état de vacuité, sans que l'affection en marchât moins rapidement. D'un autre côté, il ne serait pas impossible qu'à la suite de l'accouchement, les progrès de la phthisie fussent encore plus marqués qu'à toute autre époque ; et la différence observée dans la marche de la maladie avant ou après l'accouchement, aurait pu être une nouvelle cause d'illusion. Mais je n'en dirai pas davantage actuellement sur ce point, devant y revenir quand il s'agira de la marche de la maladie.

ART. XVI. — Symptômes cérébraux.

Les symptômes cérébraux peuvent se montrer à toutes les époques de la maladie ; quand il existe des excavations tuberculeuses, ou seulement des tubercules crus, ou même des granulations grises demi-transparentes dans les poumons. Ils tiennent presque constamment au développement des granulations tuberculeuses dans la pie-mère ; ils aggravent, dès leur apparition, le pronostic déjà si grave de la phthisie, et doivent, par cela même, être exposés avec quelques détails.

D'abord étudiés chez les enfants, ils l'ont été ensuite chez l'adulte ; j'ai eu bien souvent l'occasion de les observer depuis la première édition de cet ouvrage, soit avant, soit depuis l'intéressant travail de M. Lediberder, d'après lequel surtout je décrirai ce qu'on appelle la ménin-

gite tuberculeuse, à laquelle je me bornerai dans cet article (1).

Cette affection, qui se développe, comme je l'ai indiqué, à des époques très variées de la phthisie, débute par une céphalalgie, ordinairement très intense, surtout au front; céphalalgie continue, que les malades cherchent à soulager en tenant leur tête dans les mains. En même temps, la figure offre une alternative inaccoutumée de pâleur et de rougeur, l'intelligence s'affaisse; rarement on observe, à cette époque, des symptômes de paralysie; mais des vomissements ont presque constamment lieu dès le premier jour, du moment où la céphalalgie se montre; et la réunion presque constante de ces deux symptômes, dès le début, chez des sujets reconnus phthisiques, est un indice déjà bien grand de l'existence d'un certain nombre de tubercules dans les méninges.

La céphalalgie persiste pendant un espace de temps qui varie de trois à douze jours, souvent avec des redoublements qui arrachent des cris aux malades, ces cris nommés hydrencéphaliques, et qui ont quelque chose de lamentable et de perçant : puis, le visage prend une expression d'étonnement, bientôt remplacée elle-même par une absence complète d'expression, qui rappelle, suivant la remarque de M. Rufz, la physionomie des idiots (2). Les regards deviennent lents; les pupilles, contractées les premiers jours, cessent de l'être, et bientôt sont dilatées. Les malades n'ont plus le sentiment de leurs propres souffrances, et, du quatrième au sixième jour, à partir du début de la céphalalgie, quelquefois plus tard, ils sont pris d'un délire ordinairement assez calme, quelquefois accompagné d'agitation, laquelle

(1) *Essai sur l'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère chez l'adulte*. Thèse, 1837 (décembre).

(2) C'est, dit M. Rufz, une lenteur extrême du regard, des pupilles largement ouvertes, avec un globe oculaire peu mobile; au bout les paupières sont fermées, le malade fuit la lumière, surtout quand la céphalalgie est intense.

est, le plus souvent, liée à une exagération de la sensibilité générale. La somnolence, puis le coma, ont lieu dans les intervalles du délire. L'hémiplégie, quand elle existe, débute ordinairement quelques jours après la céphalalgie. Au lieu d'occuper tout un côté du corps, la paralysie n'atteint quelquefois qu'une partie de la face, ou l'une des paupières; et, en place de paralysie, on observe, dans quelques cas, la contracture pendant un certain temps, de deux à six jours avant la mort. Les vomissements persistent ordinairement pendant trois ou quatre jours, plus rarement pendant huit à neuf, très rarement aussi pendant vingt-quatre heures seulement.

Des changements remarquables ont lieu dans la respiration et dans la circulation. La respiration est à la fois moins élevée et moins fréquente, la dyspnée diminue ou disparaît, excepté dans les derniers jours où elle augmente ordinairement beaucoup, et dans la proportion de la somnolence. La fièvre diminue ou même cesse à peu près complètement, alors même qu'il existe de grandes excavations au sommet des poumons; mais elle revient ensuite très vive dans les derniers temps; bien rarement le pouls est irrégulier; la température de la peau baisse avec la fréquence du pouls et se relève avec lui: les forces diminuent tous les jours, et les selles finissent par devenir involontaires.

La durée de la maladie varie le plus ordinairement entre huit et quinze jours; elle est rarement ou plus longue ou plus courte: rarement aussi elle offre des intermittences, et, d'après M. Lediberder, ces intermittences, plus ou moins complètes, n'ont guère lieu que dans les trois ou quatre derniers jours de la vie.

Bien que la marche de la méningite ne soit pas toujours la même, on peut cependant lui reconnaître, dans la majorité des cas, dans l'âge adulte comme dans l'enfance, trois périodes. La première, dont la durée peut varier de

trois à douze jours, est caractérisée par la céphalalgie, les vomissements, l'altération particulière des traits de la face, une modification plus ou moins marquée dans l'exercice de l'intelligence et des organes des sens, la suspension d'une partie des symptômes de la phthisie, la diminution de la fièvre et des forces, quelquefois la somnolence et la paralysie partielle. La seconde période, dont la durée n'est pas moins variable que celle de la première, a pour principaux phénomènes l'agitation avec sensibilité plus ou moins exagérée, l'état obtus des sens, la diminution des phénomènes de la fièvre. Enfin, la dernière période est caractérisée par l'abolition des facultés intellectuelles et le coma, qui est porté à son maximum le dernier jour.

Les trois observations suivantes, recueillies par M. Lediberder à la Pitié, soit dans ma division, soit dans celle de M. Clément, sont la vérification, au moins partielle, de ce qui précède. Elles sont tirées des Archives de la Société médicinale d'observation, et toutes trois recueillies avec un grand soin, bien qu'on puisse y regretter quelques détails anatomiques.

XXVe OBSERVATION.

Un bonnetier, âgé de vingt et un ans, d'une taille moyenne, cheveux châtains, peau fine, teint coloré, fut admis à l'hôpital de la Pitié, le 2 octobre 1837. Son père, qui était d'une constitution forte, était mort à quarante-cinq ans d'une maladie aiguë; sa mère était très bien portante. De neuf frères ou sœurs, un seul était mort en bas âge d'une maladie inconnue; les huit autres jouissaient d'une bonne santé. A Paris, depuis dix-huit mois, le malade y était arrivé avec une santé robuste, ayant eu, jusque-là, une bonne nourriture et un bon logement, exerçant déjà le métier de bonnetier. Depuis son arrivée à Paris, il se nourrissait moins bien qu'avant, faisait quelquefois des excès de liqueurs alcooliques, et couchait, avec six camarades, dans une chambre peu aérée.

Cinq mois après son arrivée à Paris, treize mois avant son admission dans les salles de la Pitié, le malade avait commencé à tousser et à maigrir; il avait eu, au mois de mars précédent, un point de côté accompagné d'oppression, d'un redoublement de toux, et il ne se rétablit pas complétement depuis. Cependant, ayant été désigné par le sort pour faire partie du contingent, il passa, le 20 septembre, au conseil de révision, pour obtenir sa réforme; et les motifs qu'il alléguait n'ayant pas été admis, il chercha, le jour même, à noyer sa douleur dans le vin.

Le lendemain : malaise, céphalalgie, sans cessation de travail cependant, les 22 et 23; mais la journée du 23 fut incomplète, et le malade rentra à son auberge d'assez bonne heure, à raison de la céphalalgie qui était augmentée et accompagnée de vomissements. Cette céphalalgie continua et fut considérable les jours suivants, ayant toujours son siége principal au front; les vomissements persistèrent pendant six jours, et, dans les trois derniers du mois de septembre, il y eut du délire, avec agitation dans la nuit du 30 au 1er octobre, nuit dans laquelle le malade sortit du lit et courut en chemise.

Le 1er au soir, suivant le témoignage d'un de ses frères qui a donné ces renseignements, il cessa d'être agité, ne parla plus, ne reconnut plus les personnes qui l'entouraient, eut les membres roides, au point qu'on ne pouvait plus les étendre.

Le 2 au matin : décubitus dorsal, figure colorée, sans expression; nulle réponse aux questions; pupilles larges de 6 millimètres, la gauche un peu plus que la droite; paupières incomplétement relevées; léger strabisme; mâchoires rapprochées, difficilement écartées; sensibilité obtuse au pincement; pouls régulier, assez plein, à 64; peau humide, sans chaleur; respiration entrecoupée de soupirs par intervalles, à 24; ni toux ni oppression depuis le début. L'auscultation et la percussion n'offrent rien de remarquable.

La déglutition est facile au moyen d'un biberon, si l'on a introduit préalablement une cuillère entre les lèvres ; le ventre est déprimé, insensible à la pression ; le malade n'a pas eu de selle depuis trois jours, et il urine sous lui depuis vingt-quatre heures. (20 *sangsues derrière les oreilles*, *un gramme de calomel à prendre par décigr. d'heure en heure; lavement purg., sinap. aux membres infér.; limon.*)

Le soir, le pouls est à 88, sans développement ; les pupilles ne se contractent pas à la flamme d'une bougie ; le malade a perdu 120 grammes de sang.

Le 3, après une nuit calme, le pouls est à 92, le reste comme la veille. (*Saignée de 400 gr., eau de Sedlitz, glace sur la tête, sinap. aux membres infér.*)

On n'a pu tirer que 90 grammes de sang, et, une demi-heure après la saignée, la respiration est plus accélérée et accompagnée d'un râle bruyant.

Le soir, elle est à 44 ; le malade n'a pas senti ses sinapismes, qui ont bien rougi la peau cependant. Les symptômes sont d'ailleurs les mêmes que le matin.

Le 4, le râle trachéal persiste, la respiration est à 60, le pouls à 120, toujours régulier, étroit ; la figure ne grimace pas, les yeux sont ouverts, les pupilles se contractent peu ; la droite a 6 millimètres de diamètre, la gauche 8, et le malade reconnaît son frère, après avoir répondu, un instant auparavant, qu'il n'y voyait pas. Il porte souvent ses bras au-devant de lui ; la sensibilité n'est sollicitée que bien difficilement par le pincement : la percussion rend un son mat en arrière à droite, dans la moitié inférieure de la poitrine : la contracture a cessé. (*Idem.*)

Le soir, pour la première fois, les sinapismes sont bien sentis ; la langue est bien tirée, le malade entend et a un peu de strabisme ; la sensibilité et la motilité comme la veille ; le pouls est à 92, médiocrement développé ; une selle liquide. (12 *sangsues à l'anus.*)

Les sangsues ont coulé de sept heures du soir à trois heures du matin; le malade a bu trois pots de tisane pendant la nuit. Le 5, la respiration est à 34, le râle trachéal a complétement disparu; le pouls est, comme la veille, médiocrement plein, la face moins rouge, toujours dépourvue d'expression, la parole un peu moins difficile, l'intelligence toujours loin d'être complète; car le malade parle, comme s'il les voyait, de choses absentes. (*Idem, vésic. à la nuque.*)

Dans la journée il a trois selles et du délire, sa respiration redevient plus gênée, il n'a pas reconnu son frère.

Le délire persiste toute la nuit; le matin, 6, il dure encore; la figure est pâle, les traits sont altérés, les pupilles égales, de 9 millimètres de large, immobiles; il y a strabisme; l'intelligence est complétement abolie, l'ouïe aussi; la sensibilité presque totalement éteinte; les mouvements sont égaux des deux côtés; le râle trachéal est revenu, la respiration est à 48, la déglutition très difficile, au point d'exciter la toux; le ventre est un peu météorisé, la peau plus froide que chaude, légèrement humide, les sudamina nombreux au cou, à la poitrine et à l'abdomen. Le malade succombe à une heure de l'après-midi.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort, par une température médiocre et un peu humide. *Etat extérieur.* — Roideur très prononcée et égale aux membres supérieurs et inférieurs; chaleur légère aux parois de l'abdomen, très prononcée dans sa cavité.

Tête. — Quelques caillots noirs, fibrineux, mêlés de sang liquide dans les sinus de la dure-mère. Glandes de Pacchioni nombreuses sur l'arachnoïde, près du sillon médian. — Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; pie-mère injectée, n'entraînant pas à sa suite de substance corticale. A la base du cerveau, dans l'espace compris entre la commissure des nerfs optiques, la protubérance, d'une part,

et les scissures de Sylvius de l'autre, les membranes sont opaques et fermes, épaisses de 2 à 3 millimètres. Dans les scissures de Sylvius, dans la droite surtout, la pie-mère est envahie par une substance grise demi-transparente, continue, ou formée par la réunion d'une multitude de granulations de la grosseur d'un grain de semoule, rarement plus. Les artères cérébrales moyennes, enveloppées dans cette matière, n'offrent aucune altération apparente. La substance corticale sous-jacente est parfaitement saine. Les nerfs optiques sont légèrement piquetés et ramollis dans l'épaisseur d'un millimètre ou environ. Il en est de même du corps cendré et des tubercules mamillaires. — Les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à soupe de sérosité, et leurs parois, comme tout le reste de l'encéphale, est dans un état d'intégrité parfait.

Cou. — Le larynx n'offre rien de remarquable.

Poitrine. — Le péricarde contient 30 grammes de sérosité claire et limpide. Le cœur est sans épaississement et renferme un sang liquide mêlé d'air. Les plèvres offrent des adhérences universelles des deux côtés, celluleuses et assez faciles à rompre à gauche; dues à des fausses membranes épaisses de 2 à 8 millimètres, dures, comme cartilagineuses, à droite. Ces fausses membranes sont séparées inférieurement, dans la hauteur de 10 centimètres, par un liquide purulent mêlé d'un grand nombre de grumeaux, et, sous la plèvre costale, existe une multitude de petites granulations grises demi-transparentes, qui lui font faire saillie. Les poumons sont légers, contiennent à peine un peu de liquide rouge, spumeux, dans leur cinquième postérieur et inférieur, et offrent à leur sommet, des granulations grises demi-transparentes très petites, plus abondantes à la périphérie qu'ailleurs, entremêlées de quelques autres un peu plus grosses, tout-à-fait au sommet et manifestement tuberculeuses à leur centre. — Les bronches sont parfaitement saines, les ganglions bronchiques volumineux, grisâtres et noirâtres à leur pour-

tour, avec un peu de matière jaune opaque au centre. Il n'y a ni emphysème vésiculaire, ni dilatation des bronches.

Abdomen. — Le péritoine contient 60 grammes de sérosité citrine, non floconneuse, et offre des adhérences anciennes et nombreuses à l'extérieur du foie. Partout sa surface est inégale, par l'effet d'un assez grand nombre de granulations grises demi-transparentes, développées à sa face adhérente, pareilles à celles de la pie-mère. Ces granulations, qui n'ont pas le volume d'un grain de millet, sont aussi très nombreuses dans l'épaisseur du grand épiploon. — L'estomac contient 30 grammes de mucosités filantes, transparentes; sa membrane muqueuse est parfaitement saine dans toute son étendue. — L'intestin grêle offre des mucosités jaunâtres dans sa partie supérieure, verdâtres dans l'inférieure. Sa membrane muqueuse est saine sous tous les rapports, à part dans les 3e et 4e cinquièmes, où se trouvent six petites ulcérations, de 8 à 10 millimètres de long, inégales, à bords épais, taillés à pic, à fond rouge, grenu, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, ou par le musculaire. — Le gros intestin contient des matières fécales pultacées, et sa membrane muqueuse, qui est grisâtre, donne des lambeaux de 6 à 10 millimètres. — Les ganglions mésentériques sont parfaitement sains : il en est de même du foie, à part quelques petites granulations placées sous le péritoine immédiatement. Rien autre chose de remarquable.

Ici, comme le lecteur a dû s'en apercevoir, les symptômes de la méningite ont été on ne saurait plus prononcés; le sujet a éprouvé, en quelque sorte, tous ceux qui ont été indiqués dans la description générale de la maladie, même la rémittence des derniers jours; aussi ne put-il y avoir aucune espèce de doute sur le caractère de l'affection qui débutait si brusquement et menaçait très prochainement les jours du malade. C'est, en effet, après treize mois d'une toux

médiocre, accompagnée d'un peu d'amaigrissement, que le sujet, dont la santé n'était pas assez altérée alors pour qu'on pût le croire impropre au service militaire, éprouve tout d'un coup, à la suite d'une commotion morale et d'un léger excès de vin, une céphalalgie assez violente, bientôt accompagnée de vomissements. Ceux-ci ne cèdent qu'après cinq ou six jours, au moment où un délire assez marqué survient; délire pendant lequel on n'observe ni toux, ni oppression, qui dure sans interruption pendant trois jours, après lesquels le malade est observé pour la première fois, au onzième jour de la maladie. Alors sa figure est dépourvue d'expression, ses pupilles sont larges, ses paupières relevées incomplètement, les axes visuels un peu divergents, l'intelligence abolie, la sensibilité de la peau très obtuse; les mâchoires sont contractées, la déglutition très lente et très imparfaite; le pouls est calme, la respiration peu accélérée. Après deux jours d'un traitement assez énergique, l'intelligence revient en partie, sans que la sensibilité de la peau soit bien apparente; le pouls est peu accéléré, le râle trachéal, observé le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, cesse pour vingt-quatre heures; la contracture aussi, et la déglutition est assez facile; puis le délire revient accompagné des symptômes les plus graves. Le malade succombe quinze jours après le début des symptômes cérébraux : et, à l'autopsie, on trouve, à part quelques tubercules pulmonaires, des granulations grises demi-transparentes, très nombreuses et très petites dans les scissures de Sylvius.

Ainsi, dès le début, douleurs de tête, vomissements, diminution ou cessation complète de la toux et de l'oppression puis délire; et du moment où la circulation a pu être étudiée, on la trouve ralentie. Que fallait-il de plus, même dans l'absence des renseignements donnés par l'auscultation et la percussion, pour reconnaître la méningite tuberculeuse?

Maintenant faut-il admettre que les granulations grises

demi-transparentes, trouvées dans les scissures de Sylvius, se sont développées tout à-coup, d'une manière aiguë, au moment même où les symptômes cérébraux ont paru pour la première fois? Je répondrai affirmativement, avec M. Lediberder, à cette question. Car jusqu'à ce qu'on ait trouvé des granulations dans les scissures de Sylvius, sans aucun des symptômes que j'ai exposés et qu'on a toujours rencontrés jusqu'ici, en plus ou moins grand nombre, en pareil cas, il n'y a pas de raison de croire que les granulations ont existé pendant quelque temps à l'état latent, au moins en certain nombre ; bien que la possibilité d'un pareil fait ne répugne pas à la raison, à beaucoup près.

Peut-on croire, d'ailleurs, que l'émotion pénible éprouvée par la malade, et l'excès de vin qui l'a suivie, aient été pour quelque chose dans le développement des accidents cérébraux? A raison de la rapidité avec laquelle ces trois choses se sont suivies, on serait tenté de croire, au premier abord, qu'il y a eu relation de cause à effet, et, généralement, que dans la phthisie, les impressions morales fortes peuvent avoir des effets graves sur le cerveau et les méninges. Mais quand, d'un autre côté, on considère que chez le sujet qui nous occupe, des granulations pareilles à celles des méninges existaient sur le péritoine, dans un grand nombre de points, on hésite à se prononcer, et on est plus porté à croire qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence, que la violente contrariété et l'excès qui l'a suivie n'ont pas été la cause occasionnelle des granulations méningiennes observées.

L'observation qui va suivre n'offre pas moins d'intérêt que celle-ci, dont elle diffère cependant par plusieurs circonstances relatives aux symptômes et aux lésions.

XXVIe OBSERVATION

Un maçon, âgé de dix-sept ans, d'une petite taille, châtain foncé, muscles assez bien développés, peau fine, fut

admis à l'hôpital de la Pitié, le 25 août 1837. Son père est robuste et jouit d'une bonne santé; sa mère est morte en 1835, après deux mois d'une maladie accompagnée de toux et d'un amaigrissement assez considérable. Depuis cinq mois à Paris, où il habite une chambre haute, bien aérée, il y prend une bonne nourriture; sa santé y a été très bonne pendant les deux premiers mois, au rapport de ses parents qui donnent ces détails : mais depuis lors il a une toux sèche, sans amaigrissement sensible, se plaint de maux de tête, et a néanmoins travaillé jusqu'au 12 août, quoique avec lenteur.

Dès ce moment : lassitudes générales, courbature, chaleur vive à la peau, sensibilité au froid sans frissons ; la céphalalgie augmente, est générale, plus vive au front que partout ailleurs. Toutefois les sens paraissent intacts, il n'y a ni nausées ni vomissements, le ventre est un peu douloureux, les selles rares : le malade se met au lit, prend du vin chaud sucré, sans changement appréciable dans son état, qui reste le même les 13 et 14.

Le 15, une saignée de bras est pratiquée, des cataplasmes sinapisés sont appliqués sans succès.

Le 16, la céphalalgie est plus violente, la chaleur toujours vive; des vomissements ont lieu et se répètent fréquemment, le ventre est douloureux, il n'y a pas de selles depuis le 14. *Douze sangsues* sont appliquées à l'épigastre, sans effet apparent sur l'état des symptômes.

Après trois jours de durée, les vomissements cessent, l'appétit reparait, mais extrêmement capricieux.

Le 23, *dix sangsues* sont mises derrière les oreilles, toujours sans résultat ; l'amaigrissement, insensible jusque là, commence à se prononcer, et le 25, treizième jour de sa maladie, le sujet est transporté à l'hôpital sur un brancard.

Le 25 au matin, on le trouve ramassé dans son lit, les yeux fermés, assoupi ; et dès qu'on le réveille, il témoigne de

l'impatience, répond à peine aux questions ; ce que les personnes qui l'accompagnent attribuent à la contrariété qu'il éprouve d'être à l'hôpital, ayant complètement joui de son intelligence jusque là ; sa figure est sans expression, ses traits sont réguliers; sa vue est trouble, ses pupilles égales et contractiles, larges de 4 millimètres ; l'ouïe est également fine des deux côtés; le malade se plaint de céphalalgie et d'étourdissements; la toux est sèche, moins fréquente qu'avant le développement des accidents cérébraux ; la percussion et l'auscultation n'offrent rien d'anormal ; la respiration est à 21, quelquefois suspirieuse ; la peau est chaude, un peu humide, le pouls à 112, régulier, assez développé; la langue jaune, verdâtre, villeuse, sans épaississement ; la soif assez vive, le ventre douloureux à la pression, partout; la constipation persiste, à la suite d'une diarrhée abondante des premiers jours ; la faiblesse est considérable, le malade peut à peine se tenir sur ses jambes.

Le 26, à la première visite, et dans l'absence des renseignements qui précèdent, on crut à l'existence d'une affection typhoïde, et on ordonna une bouteille d'eau de Sedlitz.

Dans le cour de la journée, le malade ne répond rien aux questions qui lui sont adressées ; sa physionomie est encore plus complètement dépourvue d'expression que la veille; ses pupilles sont plus larges que le matin, toujours régulières, peu contractiles ; la déglutition reste faible. On applique, derrière les oreilles, douze sangsues qui saignent beaucoup, puis on met de la glace sur la tête. Une selle copieuse dans la soirée.

Le 27 août, le malade ne reconnait plus les personnes qui viennent le voir ; si on le soulève un peu rapidement, il crie, prononce quelques mots inintelligibles, cherche à frapper ceux qui l'entourent, puis redevient calme dès qu'il est replacé sur son oreiller ; son cou est roide, son pouls régulier, à 100, la peau sans chaleur et humide, la respira-

tion à 18, souvent suspirieuse. Le malade va sous lui, comme depuis son entrée à l'hôpital. (*5 décigr. de calomel en quatre paquets, à prendre de deux en deux heures.*)

Les 28 et 29, aux symptômes précédents se joignent un décubitus constamment dorsal, un léger strabisme, une dilatation extrême et égale des pupilles, qui sont légèrement contractiles et ont près de 10 millimètres. Par intervalles aussi on observe des tiraillements de la bouche à gauche, avec perte presque complète de la sensibilité et de la motilité. La peau est couverte de *sudamina*. La mort arrive le lendemain matin à 8 heures 1/4.

Ouverture du cadavre, vingt-cinq heures après la mort, par un temps froid et humide. *État extérieur.* — Tissu graisseux presque nul, muscles bien développés, pupilles larges de 5 millimètres; roideur cadavérique universelle, également bien prononcée partout.

Tête. — Une cuillerée à bouche de sang noir liquide, entre le crâne et la dure-mère. Glandes de Pacchioni nombreuses, le long du sillon médian; infiltration sous-arachnoïdienne très peu considérable; pie-mère parfaitement saine dans la partie supérieure du cerveau. A sa base, les membranes sont fermes, opaques, épaisses dans le polygone compris entre la protubérance, l'entrecroisement des nerfs optiques et la fente de Bichat. Cette lésion se prolonge dans la scissure de Sylvius du côté gauche, où l'on voit, comme dans la précédente observation, une infiltration de matière grise demi-transparente, entremêlée de granulations de même apparence et un peu moins transparentes, au milieu de laquelle l'artère cérébrale moyenne est intacte. Les granulations se confinent dans les anfractuosités et le long des branches de l'artère, jusqu'à la base du rocher. Dans la scissure du côté droit le désordre est le même, sauf l'infiltration de matière grise qui n'existe pas. Autour des nerfs optiques, outre la matière grise demi-transparente,

il existe une petite quantité de sérosité citrine, non opaque. Les granulations se prolongent aussi sur les artères cérébrales postérieure et antérieure, où elles sont enveloppées, dans quelques points, de matière grise. — Le chiasma des nerfs optiques est un peu ramolli dans l'épaisseur de 2 millimètres ; les ventricules latéraux sont un peu dilatés, contiennent, chacun, une cuillerée de sérosité transparente. La voûte à trois piliers est diffluente à son centre, et reprend peu à peu sa consistance au-delà. Le *septum lucidum* a perdu un peu de la sienne. Le reste n'offre rien de remarquable.

Cou. — L'œsophage est sain.

Poitrine. — Le cœur est dans l'état naturel, offre quelques caillots noirs, diffluents dans les oreillettes, fibrineux, décolorés dans les ventricules. Deux des valvules sygmoïdes de l'aorte sont réunies par leur bord supérieur, dans l'étendue de 8 millimètres. Le péricarde est sain, contient seulement quelques gouttes de sérosité limpide. La plèvre droite est parfaitement libre ; la gauche offre des adhérences partielles, polies et assez résistantes. — Les poumons sont légers, un peu violacés antérieurement, d'un rouge violet en arrière, d'où sort, après l'incision, une abondante quantité de liquide rouge et spumeux. Le poumon droit ne contient pas de tubercules. Le gauche offre, dans son lobe supérieur, des granulations grises demi-transparentes en assez grand nombre, et, tout-à-fait à son sommet, quelques tubercules jaunes, assez fermes, de 2 à 5 millimètres de diamètre. Les ganglions bronchiques sont volumineux ; celui qui occupe la bifurcation de la trachée est jaune, ferme, tuberculeux, avec des lignes noirâtres qui lui donnent l'aspect marbré. Un autre ganglion semblable existe entre les bronches du côté gauche.

Abdomen. — L'estomac est d'un volume médiocre, sa surface intérieure est généralement d'un gris rosé, offre un pointillé rouge foncé près du cardia, et a, dans toute son

étendue, une consistance et une épaisseur normales. L'intestin grêle et le gros intestin n'offrent rien de remarquable ; et il en est de même de tous les autres viscères de l'abdomen.

Ici encore les symptômes de la méningite, surtout ceux qui se montrent ordinairement à son début, ont été très prononcés. Il est à remarquer toutefois que du moment où la toux a commencé, deux mois avant le début des accidents cérébraux, il y a eu un peu de céphalalgie, et que celle-ci a continué sans interruption pendant deux mois, ou jusqu'à l'époque à laquelle on doit faire remonter la méningite, dix-huit jours avant le terme fatal. Dès lors la céphalalgie augmente et a son siége principal au front; il existe de la courbature, de la chaleur, des frissons par intervalles; l'appétit est nul; deux jours après, des vomissements s'y joignent, la toux diminue et ces symptômes persistent pendant huit à dix jours environ, sans interruption, malgré un traitement assez énergique. A cette époque le malade est conduit à l'hôpital, et, dès ce moment, son intelligence qui, a-t-on dit, était restée intacte jusque là, s'altère; il répond à peine quelques monosyllabes aux questions qui lui sont adressées; son pouls, dont la fréquence a probablement diminué dans les premiers jours, est à 112, la respiration est à peine accélérée, la toux assez rare, les sens encore intacts, la figure sans expression : trois jours après, la perte de l'intelligence est complète, les pupilles sont larges et peu contractiles, le malade ne répond mot aux questions qui lui sont adressées ; ses selles sont involontaires, ou du moins il lâche sous lui comme depuis plusieurs jours ; le lendemain de ce même jour on ne peut essayer de le mettre à son séant sans exciter des cris, des signes de violentes douleurs, qui cessent aussitôt qu'il est replacé sur son oreiller; et en même temps on remarque que son cou est raide; le pouls est à 100, la respiration à 18. Après trois

jours, pendant lesquels la motilité et la sensibilité diminuent rapidement, le malade meurt; et on trouve à l'ouverture de son corps, outre la substance grise demi-transparente et les granulations de la scissure de Sylvius des deux côtés, un ramollissement marqué de la voûte à trois piliers, ramollissement qui a bien pu concourir à la faiblesse et à l'insensibilité des derniers jours.

Evidemment, comme je le disais au commencement du résumé, les symptômes éprouvés par le malade avant son admission à l'hôpital, une fois connus on ne pouvait plus avoir de doute sur l'existence d'une méningite tuberculeuse; mais on peut se demander, à raison de l'existence de la céphalalgie, dès les premiers temps de la toux, si l'altération des méninges, dans la scissure de Sylvius, ne remonterait pas à la même époque que cette toux, à une époque bien antérieure, par conséquent, à celle à laquelle j'ai cru devoir placer le début de la méningite. Toutefois si l'on remarque que le mal de tête, à sa naissance, était accompagné de toux; qu'il n'est pas rare de voir un peu de céphalalgie au milieu des différens symptômes qui accompagnent la phthisie à son début, sans qu'il existe de méningite tuberculeuse; on admettra sans peine que celle-ci ne remonte pas au-delà de l'époque indiquée; et, cela une fois admis, on conviendra non moins facilement que les symptômes de cette maladie étaient bien prononcés.

Du reste, et ce fait n'a sans doute pas échappé au lecteur, l'affection du sujet qui nous occupe s'est développée dans des circonstances un peu différentes de celles qui existaient à la même époque pour le sujet dont l'histoire précède. Tandis que chez ce dernier, en effet, le début de l'affection tuberculeuse a été précédé d'un changement assez profond dans les habitudes; que, pendant quelque temps, il a eu un mauvais logement, une mauvaise nourriture, ce à quoi il n'avait pas été accoutumé jusque là; le sujet dont il s'agit avait toujours eu un bon régime, habité une cham-

bre assez spacieuse, n'avait pas fait d'excès ; différences que je remarque pour qu'on ne se hâte pas trop, comme cela est si ordinaire, de tirer des conclusions prématurées de faits sur lesquels je reviendrai d'ailleurs plus tard, au chapitre des causes.

Il est encore une autre circonstance à remarquer ; c'est que chez le sujet dont il s'agit, comme chez le précédent, l'affection parait avoir débuté brusquement ; qu'on ne peut accuser de ce brusque début aucune circonstance apparente ; que c'est une nouvelle raison de ne pas l'attribuer, dans le cas précédent, au léger excès et au violent chagrin éprouvé par le malade, la veille de ce début.

XXVIIe OBSERVATION.

Un serrurier d'une taille très médiocre, cheveux châtains, iris bleus, peau fine, système musculaire peu développé, fut admis au mois de novembre 1836, à l'hôpital de la Pitié, alors malade depuis un mois environ. Son père avait succombé à une affection de poitrine, accompagnée d'amaigrissement et d'expectoration, qui avait duré un an. Une de ses sœurs, âgée de seize ans, était atteinte d'une maladie pareille ; sa mère et une autre sœur se portaient bien.

La maladie avait débuté par un peu de toux, la fièvre et un engorgement des glandes du cou. Ces symptômes avaient continué, sans être accompagnés d'hémoptysie, et, dans les premiers jours du mois de janvier, l'amaigrissement était prononcé, le visage pâle, les sens et l'intelligence intacts, la mémoire bonne, le caractère très irascible, et, autour du maxillaire inférieur, la peau était soulevée par des tumeurs arrondies, bosselées, plus saillantes à droite qu'à gauche, peu douloureuses au toucher ; la toux était extrêmement fréquente, revenait par quintes, était souvent suivie de nausées et de vomissements ; les crachats étaient abondants et filants comme de la gomme, la respiration à 24, le bruit respiratoire et la percussion de la poitrine à l'état nor-

mal; le pouls accéléré, la sueur légère pendant la nuit, quand il y avait du sommeil: par intervalles un peu de diarrhée. — Jusqu'au 1er janvier, à part les opiacés que le malade prenait la nuit, on lui donna de l'eau de Vichy à l'intérieur, et, à l'extérieur, il fit des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. A compter du mois de janvier, la pommade fut remplacée par des emplâtres de savon, puis de diachylon, placés sur les tumeurs du cou, et l'eau de Vichy fut continuée. Le malade, dont on prenait grand soin, mangeait la valeur de la demi-portion en bons aliments.

Cependant les glandes cervicales continuèrent à prendre du volume, et, dans les premiers jours de mars, le malade, qui s'ennuyait à l'hôpital, voulut absolument le quitter, se traînant à peine, essoufflé par le moindre mouvement. Il y revint le 24 mars, avec un peu moins de toux qu'à sa sortie.

Le 25, l'expiration était un peu prolongée sous les clavicules et en arrière à la même hauteur, sans résonnance anormale de la voix; il y avait un peu de fièvre le soir, sans céphalalgie habituelle; l'alimentation était toujours excellente.

Pendant le mois d'avril, l'amaigrissement continua en faisant des progrès un peu plus rapides qu'auparavant; l'affaiblissement fut tous les jours plus considérable, le cou prit encore plus de volume, et les mouvements de la mâchoire furent difficiles et bornés.

Dans la première quinzaine de mai, la perte des forces fut surtout sensible, l'appétit diminua, les vomissements et la diarrhée ne revinrent que de loin en loin, la toux fut stationnaire, le mouvement fébrile continu, mais peu considérable.

Le 22 mai, le malade se plaignit d'engourdissement au bras droit, dont la sensibilité était intacte; il en était de même de l'exercice de l'intelligence et des organes des sens:

la figure était parfaitement régulière, il y avait un peu de céphalalgie.

L'état du sujet était sensiblement le *même*, les 23 et 24.

Le 25 au soir, tout en comprenant très bien ce qu'on lui disait, il faisait d'inutiles efforts pour parler ; sa figure, sans cesser d'être régulière, exprimait l'étonnement, sans souffrance ; ses pupilles étaient bien contractées ; son bras droit presque sans mouvement, sa sensibilité moindre de moitié peut-être que celle du côté opposé ; les mâchoires étaient un peu roides depuis quelques jours ; il n'y avait plus de céphalalgie ; le malade toussait à peine et ne crachait pas ; le pouls était à 112, la chaleur presque naturelle, la voix forte.

Le 26, au moment de la visite, les mouvements du bras droit étaient un peu moins incomplets, la bouche s'ouvrait un peu mieux que la veille, le sujet prononçait brusquement quelques monosyllabes, après y avoir pensé longtemps, et faisait avec la main gauche des signes semblables à ceux d'un homme qui, ayant perdu la mémoire, fait des efforts pour retrouver ce qui lui échappe. (*Six sangsues derrière chaque oreille.*)

Le soir, l'état du malade n'avait pas sensiblement changé ; son pouls était à 100, régulier, sans largeur ; la chaleur naturelle.

Le 27, la bouche est largement ouverte, la langue bien tirée ; le sujet peut, après bien des efforts, prononcer mon nom brusquement, mais non le sien, et il montre son billet d'hôpital pour qu'on y lise ce qu'il ne peut exprimer. Les mouvements du bras droit sont assez prononcés, et ce membre est le siége de quelque douleur. (*Sinap. deux fois.*)

Du 28 au 31, le malade reste calme, à peu près dans le même état, sent bien les sinapismes : la somnolence est marquée, la sensibilité du bras un peu plus développée que les jours précédents, la motilité toujours peu considérable ; il

n'y a ni toux ni crachats, comme depuis le début des symptômes cérébraux : le pouls reste régulier, sans largeur, de 90 à 100. (*Bouillon et lav.*)

Le 31, on observe un érysipèle de la face avec tous ses caractères, étendu à droite et à gauche jusqu'à la verticale abaissée des os malaires, érysipèle qui a complètement disparu après trois jours pleins. En même temps que l'érysipèle se déclare, l'assoupissement est plus continu, le pouls plus plein, à 100, régulier, la peau un peu plus chaude : il n'y a ni toux ni crachats.

Le 1er juin, l'assoupissement et les autres symptômes persistent ; la parole est toujours difficile, le malade prononce mon nom assez rapidement, le sien avec beaucoup de difficulté et d'une manière très peu distincte. Et si on lui demande le nom d'un objet qu'il connaît, il ne peut le dire.

Le 2 juin, il prononce un peu mieux son nom que la veille; sa faiblesse a augmenté, sa figure est sans expression, son pouls reste à 100 ; il appelle à chaque instant pour qu'on reste auprès de lui.

Dans la nuit du 2 au 3, il pousse des cris continuels, et ces cris, qui empêchent les voisins de reposer, n'ont pas de caractère particulier. Le 3, le bras droit est contracturé par intervalles, la prononciation presque complètement impossible.

Dans la soirée, strabisme ; le jour et la nuit, cris continuels.

Le 4, les cris sont un peu moindres, le strabisme persiste, le pouls est à 140.

Le malade meurt le lendemain, à deux heures de l'après-midi, après cinq heures d'agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT, PAR UN TEMPS CHAUD ET SEC. — *État extérieur.* — Cinquième degré de marasme ; abdomen un peu verdâtre ; roideur cadavérique prononcée.

Tête. — Glandes de Pacchioni nombreuses; infiltration sous-arachnoïdienne médiocre; pie-mère très peu injectée, offrant, sur l'hémisphère gauche, trois taches jaunes dues à une légère infiltration de sérosité de même couleur, de 5 millimètres de large, sans saillie bien évidente, dans le sillon qui répond à la scissure de Sylvius. Dans cette scissure, la pie-mère a une couleur grisâtre et rosée à la fois, due, en partie, à une matière grise demi-transparente qui l'occupe, double son épaisseur, et porte l'empreinte des circonvolutions et des sillons sur lesquels elle se moule. Cette matière s'enlève d'une pièce, et est semée de granulations grises un peu moins transparentes qu'elle-même, dont le volume ne dépasse pas un grain de chènevis. L'artère cérébrale moyenne et ses branches sont au centre de cette matière, qui leur forme une espèce de canal, sans les comprimer, en sorte que leurs dimensions sont les mêmes que du côté opposé, où l'on n'observe ni granulations ni matière grise. D'ailleurs, dans toute l'étendue de la scissure qui nous occupe, la pie-mère ou la substance grise qui la remplace, peut être enlevée sans entraîner avec elle la substance corticale du cerveau, à part trois points où cette substance est ramollie dans l'épaisseur d'un millimètre, sans altération de sa couleur naturelle. Les ventricules latéraux contiennent une demi-cuillerée de sérosité claire; leurs parois sont parfaitement saines, comme tout le reste de l'encéphale minutieusement examiné.

Cou. — La peau, qui est intacte, recouvre deux tumeurs; l'une à droite, qui va du lobule de l'oreille à la clavicule, très saillante; l'autre à gauche, un peu moins volumineuse. L'une et l'autre sont formées par la réunion des ganglions cervicaux devenus tuberculeux, non ramollis, dont les plus gros ont 40 millimètres dans leur grand diamètre. Ces ganglions, partout distincts, sont réunis par une matière rose, grisâtre, demi-transparente. Les muscles sterno-mastoïdiens et omoplat-hyoïdiens sont soulevés par ces tumeurs, qui ne compriment,

en arrière, que le nerf pneumo-gastrique, lequel est aplati et rubané, sans altération de sa couleur et de sa consistance ordinaires. Les veines jugulaires internes, appliquées contre les tumeurs, semblent, au premier abord, un véritable canal creusé dans leur épaisseur; mais elles sont parfaitement saines sous tous les rapports.

Thorax. — Les plèvres contiennent chacune 30 grammes de sérosité rougeâtre et limpide, sont parfaitement libres, à part trois brides celluleuses et minces du côté droit. — Les poumons sont légers, grisâtres antérieurement, d'un rouge foncé en arrière, où ils n'offrent qu'un peu de liquide rougeâtre et spumeux. Ils sont semés, l'un et l'autre, à leur sommet, le droit surtout, d'un grand nombre de tubercules crus, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entremêlés de granulations grises demi-transparentes, du volume d'un grain de millet à un grain de chènevis. Leur lobe inférieur n'offre que des granulations grises, et est d'ailleurs parfaitement sain, à part un léger emphysème interlobulaire, dont les sillons n'ont pas au-delà de 2 millimètres de large. Les bronches sont parfaitement saines. Les ganglions bronchiques les plus volumineux offrent, à leur centre, une matière jaune, grisâtre, dure, sèche, crétacée. — Le péricarde contient 15 grammes de sérosité; le cœur est dans l'état normal.

Abdomen. — Le péritoine est dépourvu de sérosité et dans l'état normal. L'estomac est un peu distendu et contient à peine deux cuillerées de sérosité verdâtre. Contre sa petite courbure, sous le péritoine, on voit quatre tumeurs arrondies, de 8 millimètres de diamètre, tuberculeuses. Sa membrane muqueuse est couverte d'une couche assez épaisse de mucus, d'ailleurs parfaitement saine. — Le foie est dans l'état normal; la rate est un peu plus volumineuse que d'ordinaire, a une bonne consistance, et offre, à l'intérieur, des tubercules de 2 à 4 millimètres de diamètre. — Les ganglions mésentériques sont sains.

Ainsi, après avoir éprouvé pendant cinq mois et demi

environ les symptômes les plus ordinaires de la phthisie, le malade accuse un léger mal de tête accompagné d'une perte des forces plus considérable encore que les jours précédents, et bientot un engourdissement du bras droit. Quatre jours après l'apparition de ce dernier symptôme, l'exercice de la parole est presque complètement impossible, le malade peut à peine prononcer un mot, tout en conservant le libre usage de son intelligence et des organes des sens : son bras droit est presque paralysé du sentiment, sa figure semble porter l'empreinte de l'étonnement, et, depuis quatre jours environ, il éprouve de la roideur dans les mâchoires ; le pouls est un peu moins accéléré, la toux cesse. Ces symptômes persistent, avec de légères variations, pendant trois jours, sans nausées, sans vomissements, sans céphalalgie ; la somnolence s'y joint, un érysipèle de la face se déclare, marche avec rapidité, puis le malade pousse des cris incommodes et sans caractère particulier, pendant quarante-huit heures, a de la contracture dans le bras droit, puis du strabisme ; il meurt enfin après cinq heures d'agonie, dans le deuxième degré du marasme : et, à l'ouverture du cadavre, on trouve, entre autres lésions, des granulations grises demi-transparentes au milieu d'une matière grisâtre de même couleur, mais plus transparente, qui occupe la scissure de Sylvius du côté gauche, et un très léger ramollissement de quelques points de la substance grise de la même scissure, etc., etc.

Bien que dans le cas actuel tous les symptômes de l'affection qui nous occupe n'existassent pas, il n'était pas possible de se méprendre sur le caractère des phénomènes cérébraux, de ne pas y voir l'indice d'une méningite tuberculeuse. En effet, à une époque peu éloignée du terme fatal, vingt jours peut-être, le malade a une céphalalgie médiocre, et, presque aussitôt, une faiblesse encore plus marquée que de coutume, dont rien, parmi les symptômes antérieurs, ne pouvait rendre raison : le mouvement des

mâchoires est gêné, le malade les trouve roides, son bras droit s'engourdit, sa figure perd toute expression. Deux ou trois jours plus tard la paralysie augmente beaucoup, l'exercice de la parole devient très difficile, presque absolument impossible; en même temps la fièvre et la dyspnée diminuent; puis viennent des cris, la contracture et le strabisme. Comment ne pas voir, dans l'ensemble et la succession de ces symptômes, développés chez un tuberculeux, l'effet d'une méningite granuleuse? C'est donc à cette méningite, bornée ici à un des côtés du cerveau, et, dans ce côté, à la scissure de Sylvius, qu'il faut rapporter, comme à leur source, la céphalalgie, la roideur des mâchoires, l'engourdissement, la paralysie incomplète du bras droit du sujet; car le ramollissement, très partiel et très léger, de la substance corticale de la scissure de Sylvius, était sans doute consécutif, et il serait bien difficile de faire la part de cette lésion dans les symptômes qui ont eu lieu dans les derniers jours de la vie.

Le ralentissement de la circulation et de la respiration a été un des premiers symptômes de la méningite, dont il a confirmé l'existence; et bien que le fait ne soit pas commun, dans les cas analogues, il faut remarquer la difficulté qu'éprouvait le malade dans l'articulation des sons, difficulté dont la cause ne pouvait pas être placée dans les lobes antérieurs du cerveau.

Les symptômes énumérés dans la description générale, et qu'ont éprouvés les trois malades dont l'histoire précède, sont aussi ceux qu'on observe chez les enfants dans les mêmes circonstances. Il résulte, en effet, des observations recueillies par MM. Rufz et Gerhard de Philadelphie, de celles qu'a rassemblées M. Piet, que la méningite des enfants, considérée si habituellement comme essentielle, est presque toujours due à l'affection tuberculeuse de la pie-mère, qu'elle est par conséquent sous la dépendance de la phthisie, un des effets de cette maladie : et c'est surtout quand

on considère la méningite tuberculeuse sous ce point de vue, qu'on ne saurait méconnaître la part de MM. Rufz et Gerhard dans la connaissance de cette maladie.

L'étude de la méningite est d'autant plus digne de fixer l'attention, que cette maladie, comme la péritonite chronique, attaque souvent des sujets dont les tubercules pulmonaires n'ont pas fait encore beaucoup de ravages, c'est-à-dire des malades qui auraient pu vivre long-temps encore, si les méninges n'eussent pas participé à la maladie. Ainsi, les trois sujets dont l'histoire précède, n'avaient que des granulations tuberculeuses ou grises dans les poumons; et sur treize autres, enfants ou adultes, dont j'ai analysé l'histoire sous ce point de vue, deux seulement avaient une petite excavation dans un des poumons, et trois quelques ulcérations peu considérables dans l'intestin grêle.

On se tromperait toutefois si, fondé sur les faits qui précèdent, on venait à croire que le diagnostic de la méningite tuberculeuse est toujours aussi facile, qu'on ne saurait la confondre avec aucune autre affection. Le fait suivant, que j'ai observé à l'hôpital Beaujon, et dont toutes les circonstances ont été recueillies avec beaucoup de soin par M. Coisy, montre que chez l'adulte comme chez l'enfant, le diagnostic de la maladie qui nous occupe peut offrir dans quelques cas d'immenses difficultés.

XXVIIIe OBSERVATION.

Un commissionnaire âgé de vingt-deux ans, né en Savoie, d'une taille ordinaire, ayant les cheveux châtains, une constitution assez forte, les chairs bien colorées et un embonpoint médiocre, fut amené à l'hôpital Beaujon le 6 août 1830. Habitant Paris depuis cinq ans, n'y faisant pas d'excès, logé dans une chambre bien aérée, ayant une bonne nourriture, il avait constamment joui d'une bonne santé, depuis l'époque indiquée, à part quelques légers maux de tête qui revenaient à des époques éloignées, quand

il fut pris, dans la soirée du 31 juillet 1840, d'une violente céphalalgie frontale, accompagnée de lassitudes et de malaise, ce qui ne l'empêcha cependant pas de souper, quoiqu'un peu moins qu'à l'ordinaire. La nuit fut agitée, sans sommeil. Le lendemain matin la céphalalgie avait encore augmenté, et le malade s'étant mis à son séant pour se lever, sentit des étourdissements qui l'obligèrent de se recoucher immédiatement. Les mêmes symptômes persistèrent les jours suivants; il y eut de l'agitation, sans délire, pendant la nuit; le malade garda constamment le lit et continua à manger avec un certain appétit, ayant tous les jours de deux à trois selles moulées, comme dans l'état de santé le plus parfait. Il fut conduit en voiture à l'hôpital, dans la journée du 6, n'ayant éprouvé, jusque là, aucun symptôme du côté des organes des sens.

Le 7 au matin sa figure était comme un peu bouffie, bien colorée, avec une légère expression d'indifférence; ses facultés intellectuelles étaient en bon état, ses réponses justes, sa mémoire bien conservée; la céphalalgie frontale persistait, ordinairement gravative, quelquefois lancinante; les yeux étaient rouges et atteints d'une phlegmasie chronique depuis près d'une année, la vue peu nette, comme depuis cette dernière époque, les étourdissements fréquents dès que le malade quittait le décubitus horizontal; la langue était médiocrement humide, couverte d'un enduit blanchâtre, la soif et l'appétit médiocres, le ventre indolent, parfaitement bien conformé, souple, l'urine facile. Par intervalles, et depuis deux ou trois jours seulement, le malade toussait un peu : sa poitrine, qui était large et bien conformée, rendait un son très clair dans toute son étendue, et, en arrière, dans toute sa hauteur, on entendait un râle sonore et sifflant. Le pouls était régulier, à 72, sans caractère particulier, la peau chaude et sèche. Il n'y avait d'ailleurs ni nausées, ni vomissements, ni gargouillement dans l'abdomen, ni bourdonnements d'oreilles,

ni taches roses lenticulaires, ni épistaxis. (*Limonade bis; eau de Sedlitz, demi-bouteille; diète abs.*)

Il y eut cinq selles liquides tant le jour que la nuit, et, le lendemain 8, l'expression d'indifférence de la face était plus marquée que la veille, le pouls à 70, le reste n'avait pas changé. (*Id.*)

Le soir du même jour, à six heures, le malade avait eu cinq selles, sa peau était brûlante et sèche, son pouls, comme le matin, assez développé; les étourdissements étaient fréquents au moment où il allait à la garde-robe. Il y eut un peu de délire pendant la nuit.

Le 9 au matin, ce délire avait cessé, la céphalalgie avait repris sa première intensité, l'intelligence était un peu moins active qu'à l'ordinaire, le pouls à 78, assez plein, régulier. (*Limon. bis; diète.*)

Il y eut deux selles liquides pendant la journée et beaucoup d'agitation pendant la nuit.

Le 10, la physionomie du malade était la même que les jours précédents; la céphalalgie persistait, toujours dans la même région, médiocre; l'état de la poitrine et celui du ventre étaient les mêmes que le premier jour, la toux rare; l'ouïe fine, sans bourdonnements; il n'y avait ni épistaxis, ni taches roses lenticulaires. (*Limon. bis, extr. thébaïque 3 centigr., diète.*)

Le lendemain 11, l'état du sujet était stationnaire. Le 12 au matin, après une nuit tranquille, il avait un peu de somnolence, ne parlait qu'avec répugnance, avait la figure rouge, la peau très chaude, le pouls à 86, médiocrement plein et toujours régulier. (*Id.*)

Le délire reparut la nuit suivante, et le 13, au moment de la visite, la figure était sans expression, l'assoupissement presque continuel, mais facile à vaincre; la prostration des forces plus considérable que les jours précédents; l'ouïe un peu dure, sans bourdonnements; l'inappétence complète, sans nausées ni vomissement; le ventre toujours bien con-

fermé, indolent; le pouls à 100, médiocrement large. Il y avait eu une selle demi-liquide, assez abondante : les taches roses lenticulaires et les sudamina manquaient toujours. (*Id.*)

Dans la soirée, le délire reparut, un peu agité, de manière qu'il y eut des alternatives d'agitation et de somnolence, que le malade voulait incessamment se lever, et qu'on fut obligé de le maintenir avec le gilet de force. Le 14 au matin, sa figure était rouge et sans expression, par intervalles il poussait de profonds soupirs, et, quoique ne parlant pas, il paraissait comprendre ce qu'on lui disait, puisqu'il montrait sa langue quand on l'y invitait. D'ailleurs, cette langue était toujours humide, le ventre un peu rénitent partout, les selles abondantes et liquides, et, depuis la veille, rendues au lit; les urines échappaient de la même manière; le pouls était à 100, régulier, médiocrement plein, la chaleur élevée et sèche. (*Limon.*)

Le soir, la chaleur était la même, le pouls plus fréquent encore que le matin, à 110; le malade, qui ne semblait pas avoir la conscience de ce qui l'entourait, m'interpella brusquement, ouvrit néanmoins les yeux et dit souffrir de la tête. Le délire céda vers deux heures, et la nuit fut assez tranquille.

Le 15, lors de la visite, la figure avait l'expression de l'indifférence la plus marquée, la somnolence était considérable; le malade comprenait, mais ne répondait qu'avec répugnance aux questions; la céphalalgie persistait, la langue était sèche au centre, le ventre météorisé, les selles et les urines involontaires, la toux rare, le pouls et la chaleur comme dans la soirée précédente. (*Id.*)

L'agitation revint pendant la nuit, et l'on fut obligé de mettre le gilet de force.

Le lendemain 16, l'assoupissement était profond, les yeux fermés, le ventre un peu tendu, sans être déformé, les selles toujours involontaires, la respiration à 36, le

pouls à 108, petit, régulier ; la peau chaude et couverte de sueur, sans éruption.

La mort eut lieu le même jour, à sept heures du soir, au moment où M. Cossy recueillait ses dernières notes. La peau, lisse un instant avant, devint tout d'un coup chair de poule et pâlit ; le pouls, très sensible jusque là, s'effaça tout d'un coup, et il en fut de même pour la respiration.

Ouverture du cadavre, trente-huit heures après la mort. *État extérieur.* — Toute la surface du corps est violacée, principalement en arrière, où il y avait aussi des meurtrissures très marquées. Les parois de l'abdomen offrent une légère teinte verdâtre, la rigidité cadavérique est considérable, l'embonpoint marqué, les muscles sont très développés.

Tête. — Le cuir chevelu est gorgé de sang, surtout en arrière. La dure-mère offre, à sa partie antérieure, à droite et à gauche du sillon longitudinal, cinq tumeurs saillantes de 5 à 6 millimètres, larges de 1 à 3 centimètres à leur base. Cette membrane est perforée, dans un grand nombre de points, au niveau de ces tumeurs, qui résultent de l'agglomération d'une multitude de petits corps du volume d'une tête d'épingle, blanchâtres et friables, nés de l'arachnoïde et de la pie-mère, qui offrent une couleur jaune-verdâtre à leur pourtour. Les circonvolutions offrent une saillie analogue dans les points correspondants, aux dépens de la substance corticale notablement épaissie ; tandis que la substance blanche n'a rien qui s'éloigne de l'état naturel. Sur le reste de la surface convexe des deux hémisphères, la pie-mère est infiltrée d'un liquide verdâtre et louche, est plus épaisse, plus résistante que dans l'état normal, et offre, dans les circonvolutions principalement, des corps arrondis, blanchâtres, friables, d'un petit volume, en tout semblables à ceux qui ont été décrits tout-à-l'heure. Les membranes de la base du cerveau présentent la même lésion ; seulement les granulations sont plus nombreuses dans

la scissure de Sylvius que partout ailleurs, à part les plexus choroïdes qui en offrent aussi un grand nombre. Les ventricules latéraux contiennent une assez grande quantité de sérosité citrine, transparente : la cloison est en grande partie détruite, les corps striés et les couches optiques sont très ramollis, et le ramollissement finit d'une manière insensible dans les centres ovales. Le cervelet et la moelle allongée n'offrent rien de remarquable.

Poitrine. — Le poumon gauche était parfaitement libre, le droit offrait des adhérences celluleuses universelles; l'un et l'autre étaient volumineux, lourds, violacés universellement, et semés, dans toute leur périphérie, d'un grand nombre de corps blanchâtres, opaques, arrondis, de 1 à 2 millimètres de diamètre, développés sous la plèvre, et donnant à la surface du poumon un aspect mamelonné. Des granulations semblables existaient à l'intérieur des poumons dans toute leur hauteur, partout du même volume et du même aspect ; et ces organes étaient engoués universellement. Une tumeur ovoïde, du volume d'un petit œuf de poule, existait à la racine de la bronche droite, sans la comprimer, et offrait, de dehors en dedans, un kyste fibreux divisé en quatre compartiments et rempli par une matière jaunâtre, lisse, homogène, douce au toucher, comme tuberculeuse. La plèvre droite contenait quelques gouttes de sérosité transparente, et offrait sur le diaphragme, disposées par plaques, plusieurs fausses membranes de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, rougeâtres, comme demi-transparentes, dans l'épaisseur desquelles on trouvait des granulations blanchâtres, semblables à celles qui existaient dans les méninges. — Deux cuillerées environ de sérosité citrine, transparente dans le péricarde ; cœur dans l'état normal.

Abdomen. — Le péritoine n'avait rien de remarquable. L'estomac était assez volumineux et offrait, à l'intérieur, des bosselures dues à un emphysème cellulaire, dont le siège principal était la face postérieure de ce viscère. Sa membrane

muqueuse était saine. — L'intestin grêle offrait, dans la moitié de sa longueur, deux invaginations faciles à détruire ; sa membrane muqueuse était dans l'état normal, à part une érosion de la largeur d'une pièce de dix sous, à 3 ou 4 centimètres de la valvule iléo-cœcale. — A part une injection à divers degrés, la muqueuse du gros intestin était dans l'état naturel. — La rate était volumineuse, haute de 11 centimètres, très ramollie, comme diffluente, et son tissu était semé d'une infinité de grains blancs, très petits, que l'on pouvait soulever avec la pointe d'un scalpel. Les reins étaient gorgés de sang noir ; le foie et la vésicule ne s'éloignaient pas de l'état normal.

Il serait peut-être difficile de citer un fait à la fois plus intéressant et plus instructif : d'une part, en effet, la marche de la maladie a été celle des affections aiguës ; de l'autre, la phthisie a été tout-à-fait latente ; et la méningite tuberculeuse devait presque inévitablement être confondue avec une autre maladie moins grave de beaucoup, je veux parler de l'affection typhoïde. Comme dans celle-ci, en effet, il y eut une céphalalgie assez intense au début, accompagnée d'une prostration considérable des forces, d'un affaissement marqué des traits, d'éblouissements, et bientôt de délire pendant la nuit. Ces symptômes persistent, le délire et la stupeur augmentent, le pouls devient successivement plus fréquent, la chaleur est forte et sèche, et les selles finissent par être involontaires : en outre, comme cela est si ordinaire dans le cours de l'affection typhoïde, un peu de toux se déclare au troisième ou au quatrième jour de la maladie, et, au sixième, on entend un râle sonore et sifflant dans toute l'étendue du thorax. Le sujet n'avait que vingt-deux ans ; que de raisons pour croire à une affection typhoïde! A la vérité, il n'y eut à aucune époque de la maladie de taches roses lenticulaires, de sudamina, de bourdonnements d'oreilles, de météorisme ; et le caractère de la physionomie du sujet se rapprochait

davantage de celui qui est propre à la méningite, que de celui qu'on observe dans le cours de l'affection typhoïde. Cependant, le diagnostic, il faut en convenir, offrait des difficultés réelles; puisque quelques uns des symptômes qui manquaient, ont fait défaut dans quelques cas d'affection typhoïde vérifiée par l'ouverture du corps. On pourrait encore croire qu'il s'agissait uniquement ici d'un ramollissement central du cerveau (1), lésion qui existait il est vrai, mais probablement consécutive à l'arachnitis, dont le début ne pouvait pas remonter à moins de seize jours, au moment de la mort du sujet, et qui a dû, par cette raison, avoir la principale influence sur l'expression symptomatique de l'affection. Enfin, un fait qui devait encore ajouter à la difficulté du diagnostic, c'est l'absence de nausées et de vomissements dans tout le cours de la maladie, ces symptômes si ordinaires dans la méningite tuberculeuse. Mais la maladie qu'il était non pas très difficile, mais absolument impossible de reconnaître, c'était assurément l'affection tuberculeuse des poumons; car comment reconnaître cette affection chez un sujet qui ne toussait pas avant le début d'une maladie obscure, qui toussait extrêmement peu à partir du moment où la toux a commencé, dont la poitrine était bien sonore, la respiration sans râle, à part le râle sifflant et sonore qui n'appartient pas aux tubercules; qui n'avait pas craché de sang, dont l'embonpoint, bien conservé, attestait une maladie tout-à-fait récente? Il faut donc convenir que le diagnostic de l'arachnitis tuberculeuse peut, dans quelques cas, même chez l'homme qui a dépassé vingt ans, offrir de grandes difficultés; qu'il n'est pas toujours au pouvoir du médecin le plus attentif, le plus exact dans son exploration, de surmonter ces difficultés. J'ajoute que si, dans des cas analogues, on parvenait au diagnostic de la phthisie, ce ne serait qu'après avoir reconnu la méningite.

(1) Voyez mes *Recherches anat., pathol. et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, 2e édition. Paris, 1841, 2 vol. in-8.

ART. XVII. — Ouïe.

L'ouïe, comme les autres sens, était ordinairement intacte, chez les tuberculeux, jusque dans les derniers temps de leur existence. Je n'ai noté aucun cas de surdité ou de dureté de l'ouïe à la suite du développement des tubercules, chez les 120 sujets dont j'étudie plus particulièrement l'histoire; mais depuis quinze ans, j'ai observé dans un certain nombre de cas, soit à l'hôpital, soit en ville, un degré de surdité quelquefois très considérable chez les tuberculeux, et, d'après M. Ménière, qui a fixé mon attention sur ce point, la cause la plus ordinaire de ce symptôme est dans la destruction plus ou moins complète du tympan, sans doute par suite du développement de la matière tuberculeuse dans cette membrane.

Tout dernièrement j'ai vu, en ville, deux jeunes femmes de moins de vingt-cinq ans, affectées d'une surdité presque complète, dans le cours d'une phthisie qui a duré moins d'un an; et, sans pouvoir donner la proportion des cas dans lesquels la dureté ou la perte de l'ouïe ont lieu chez les phthisiques, on peut croire qu'elle n'est pas infiniment rare. J'en ai encore un exemple sous les yeux, dans ce moment, à l'hôpital Beaujon, chez un homme de trente ans, qui tousse depuis une année, et a perdu, en moins de deux mois, la faculté d'entendre.

Loin de s'étonner de voir l'affection tuberculeuse atteindre l'oreille, on devrait plutôt être surpris de ne pas rencontrer cette lésion plus fréquemment, puisque les tubercules se développent partout, atteignent tous les tissus; et peut-être aussi trouverait-on, de loin en loin, des tubercules dans les membranes qui forment le globe de l'œil, et, par suite, des exemples de cécité due à cette lésion, si les yeux des phthisiques fixaient plus complètement l'attention des observateurs, pendant la vie ou après la mort.

ART. XVIII. — Amaigrissement.

L'amaigrissement débutait, chez la moitié des individus,

avec les premiers symptômes de l'affection, soit qu'elle atteignît rapidement ou avec lenteur le terme fatal, dans l'espace de cinq mois ou de trois années par exemple. Chez un petit nombre de sujets, l'amaigrissement remontait à la même époque que le dévoiement ou la diminution de l'appétit, bien que dans plusieurs cas la membrane muqueuse de l'estomac fût parfaitement saine, ou que ses lésions fussent récentes à l'époque de la mort. Chez la troisième partie des malades, il ne commençait qu'avec la fièvre : en sorte que le plus ordinairement on ne pouvait l'attribuer, à son début, ni à la fièvre, ni à la diarrhée, ni à la perte d'appétit, ni à un état morbide de la membrane muqueuse de l'estomac, et qu'il fallait en chercher la première cause dans l'altération plus ou moins profonde du parenchyme pulmonaire, qui s'opposait à la régularité de la nutrition. La diarrhée une fois établie, la maigreur faisait des progrès rapides; le mauvais état de la membrane muqueuse de l'estomac y prenait aussi beaucoup de part; et, à moins que quelque lésion du côté du cerveau, ou quelque accident du côté des poumons, une perforation par exemple, n'abrégeât le cours de la maladie, les sujets mouraient dans le dernier degré de marasme.

L'amaigrissement peut fournir au médecin des vues utiles sous le rapport du diagnostic, dans les cas de phthisie latente; c'est-à-dire quand les malades, sans éprouver les symptômes locaux de la phthisie, sont tourmentés par une fièvre continue plus ou moins forte, déjà ancienne, accompagnée d'oppression et de la perte de l'embonpoint. Il est rare, en effet, que, dans ces circonstances, les poumons ne soient pas la cause du désordre, et que ce désordre ne soit dû à l'affection tuberculeuse. C'est une nouvelle raison, dans les cas analogues, de recourir à tous les moyens capables de faire connaître avec exactitude l'état des poumons.

L'amaigrissement portait d'une manière évidente sur presque tous les tissus. Le cellulaire graisseux finissait par

disparaître presque complétement; la peau elle-même s'amincissait. Le volume des muscles n'était pas moins diminué. Il en a déjà été question pour le cœur; mais la chose était encore plus évidente pour les muscles destinés aux mouvements volontaires. Parmi eux, les muscles plats, les temporaux, ceux qui recouvrent les parois de la poitrine, etc., etc., n'avaient pas, chez le plus grand nombre des sujets, le tiers du volume qui leur est naturel. Souvent aussi la membrane musculaire de l'estomac m'a paru amincie. Les dimensions de l'utérus étaient évidemment amoindries dans beaucoup de cas, etc., etc.

ART. XIX. — Symptômes de la perforation du parenchyme pulmonaire, par suite de la fonte d'un tubercule ouvert dans la cavité des plèvres.

Cette espèce de perforation, signalée par Laënnec, se présente sous deux formes principales : tantôt l'excavation tuberculeuse, ouverte dans l'une des plèvres, communique manifestement avec les bronches; tantôt cette communication ne peut être démontrée qu'au moyen de l'insufflation. Dans l'un et l'autre cas, le moment de la perforation est marqué par des symptômes si graves et si faciles à saisir, qu'on se demande comment ils ont pu échapper à des observateurs aussi attentifs que Bayle et Laënnec; et c'est afin de mettre l'importance de ces symptômes pour le diagnostic hors de doute que je vais, tout d'abord, exposer successivement plusieurs observations, après lesquelles je reviendrai sur les autres symptômes de la perforation des poumons : symptômes qui ont besoin d'être recherchés avec plus ou moins de soin, et qui ne frappent pas, au premier abord, comme les premiers (1).

(1) Les quatre premières observations de ce chapitre font la base du Mémoire que j'ai publié dans le cinquième volume des *Archives de Médecine*, intitulé : *Observations relatives à la perforation du parenchyme du poumon*, etc., etc. Celles que j'ai recueillies depuis ayant confirmé les conclusions prises dans mon premier travail, je n'y ai pour ainsi dire rien changé, me bornant à rétablir quelques détails supprimés dans les observations, et à leur donner la forme adoptée dans tout le cours de cet ouvrage.

XXIXe OBSERVATION.

Un homme, âgé de trente-six ans, d'une petite taille et d'un caractère violent, fut admis à l'hôpital de la Charité le 16 septembre 1822. Il était sorti depuis quelques jours de la prison de Poissy, où il avait passé cinq mois, par suite de condamnations judiciaires, et contracté, peu après son arrivée, un *rhume* qui avait fait de continuels progrès. L'amaigrissement avait débuté avec la toux, et, depuis deux mois, le malade avait des frissons quotidiens, des douleurs à l'épigastre, des selles liquides et fréquentes. Trois jours avant son admission à l'hôpital, il avait été pris *subitement*, à la suite de vomissements attribués à la vapeur du charbon, d'une violente douleur au côté gauche de la poitrine, accompagnée d'étouffements et d'une profonde anxiété : ces symptômes avaient conservé la même violence pendant vingt-quatre heures, puis s'étaient un peu affaiblis. Au troisième jour de leur apparition, le malade, dont l'habitation était distante de trois cents pas de l'hôpital, y vint à pied, mais en une heure et demie environ. Le lendemain de son arrivée, la douleur et l'anxiété continuant à un degré considérable, on appliqua vingt sangsues au côté douloureux.

Le surlendemain 19 : figure pâle et fatiguée, respiration haute et fréquente, orthopnée, douleur vive, percussion très sonore dans tout le côté gauche de la poitrine, plus sonore même que du côté opposé ; élargissement des espaces intercostaux, et, dans ce même côté où l'on n'entendait pas le bruit respiratoire, soit dans l'inspiration, soit dans l'expiration, il n'y avait pas de tintement métallique ; la toux était rare, les crachats pelotonnés ; le pouls à cent vingt pulsations par minute, les battements du cœur à peine entendus à la région précordiale ; la bouche pâteuse, la soif vive, l'anorexie presque complète, l'épigastre douloureux à la pression comme depuis deux mois, avec un senti-

ment de pesanteur après le repas. (*Saignée de 300 grammes; viol. av. le sir. de g.; pot. g.; julep.*)

Le 20, les symptômes étant à peu près les mêmes, nouvelle application de sangsues au côté gauche, qu'on trouva de 18 millimètres plus large que le droit. Le lendemain on y mit un vésicatoire.

Le 25, le pouls était tombé à quatre-vingt-douze, la dyspnée variable, quelquefois excessive, le décubitus comme le premier jour, la saillie du côté gauche de la poitrine encore augmentée; les résultats de la percussion et de l'auscultation étaient toujours les mêmes.

Il n'y eut que de légères variations dans les symptômes les jours suivants; et, à raison de l'indocilité du malade, on ne pratiqua de nouveau l'auscultation que le 5 octobre. Alors on entendait du côté gauche de la poitrine, dans son quart supérieur, un murmure confus, et, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, pendant l'exercice de la parole, le tintement métallique. Dans le même point et au-dessous, le son était mat; il était extrêmement clair antérieurement, où le tintement métallique n'existait pas; la douleur avait disparu, le bras gauche était infiltré. — Le 7, on entendait le tintement métallique 15 centimètres au-dessous de l'aisselle, et dans presque toute l'étendue de ce côté de la poitrine, en arrière. Le 8, il était manifeste immédiatement au-dessous de l'aisselle. Le 13, il existait dans la même région et au niveau de la mamelle; au-dessous, la poitrine ne rendait aucun son. Le 20, veille de la mort, elle était très sonore entre la clavicule et la mamelle, il n'y avait de tintement métallique dans aucun point.

La toux fut peu fréquente, les crachats peu abondants: le 21, ils étaient sanieux, semblables à la matière qu'on trouve fréquemment dans les cavités tuberculeuses. Le malade fut presque constamment assis dans son lit.

Il y eut de fréquentes alternatives d'anorexie et d'appétit; l'épigastre fut toujours douloureux à la pression; les

aliments les plus légers, la soupe, etc., y déterminaient un sentiment de pesanteur incommode; les selles furent plus ou moins fréquentes, les sueurs peu considérables; la faiblesse fit tous les jours des progrès.

L'œdème du bras gauche persista jusqu'à la mort. Le 8, un érysipèle s'y manifesta au pli du coude, et parcourut ses périodes comme dans l'état de simplicité; le 18, on observa un peu de rougeur et de gonflement aux cuisses; le lendemain, ces symptômes étaient plus prononcés. Le 21, altération profonde des traits, mort à trois heures de l'après-midi, trente-trois jours après le début des symptômes de la perforation.

Ouverture du cadavre, dix-sept heures après la mort. *État extérieur.* — Infiltration considérable des membres abdominaux, surtout du côté gauche, où les glandes inguinales étaient plus rouges et plus volumineuses qu'à droite. Au bras gauche, dans le point correspondant au siége de l'érysipèle, la peau était encore un peu rouge, épaisse de 2 millimètres environ, et, immédiatement au-dessous, on trouvait une couche de pus ferme et concret, de plus de 12 millimètres d'épaisseur, comme déposé au milieu de la sérosité infiltrée.

Tête. — Infiltration médiocre au-dessous de l'arachnoïde; trois petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau, qui n'offre rien autre chose de remarquable.

Cou. — Ulcération superficielle, de 3 centimètres de haut et d'un et demi de large, sur la portion charnue et inférieure de la trachée-artère.

Poitrine. — Du côté gauche, il y avait environ quatre litres d'un pus verdâtre, sans odeur, surmonté d'une petite quantité d'air : le poumon offrait quelques adhérences celluleuses à son sommet, était recouvert, dans le reste de son étendue, par une fausse membrane qui tapissait aussi les plèvres diaphragmatique et costale. Aplati contre les ver-

tèbres, il avait à peu près 8 centimètres de large, dans sa portion la plus épaisse, et offrait en arrière, vis-à-vis l'angle de la troisième côte, une ouverture arrondie, de 8 millimètres de diamètre, orifice d'un canal de même largeur, de 4 centimètres 1/2 de long, dans lequel se rendait une des principales divisions des bronches. Ce canal était tapissé par une fausse membrane mince, appliquée sur des granulations tuberculeuses ou sur le parenchyme pulmonaire sain, et avait évidemment succédé à une cavité plus ample, successivement rétrécie par suite de la compression exercée par l'air et le pus. On voyait encore quelques petites excavations incomplétement vidées au sommet de ce poumon, et, dans le reste de son étendue, beaucoup de granulations grises demi-transparentes. Le droit offrait, à sa partie supérieure, une dépression correspondante à un amas de matière semi-cartilagineuse, enveloppée d'une substance noire et aride, et quelques tubercules suppurés. La membrane muqueuse des bronches était d'un rouge vif. — Il y avait quelque 30 grammes de sérosité dans le péricarde : le cœur et l'aorte étaient sains.

Abdomen. — Estomac médiocrement distendu par un liquide vineux ; sa membrane muqueuse, très molle dans le grand cul-de-sac, où elle présentait quelques taches rouges, avait ailleurs une consistance et une épaisseur convenables, était détruite dans une surface de 18 centimètres, à la partie inférieure du grand cul-de-sac, et le tissu cellulaire correspondant manquait dans quelques points. — Il y avait trois larges ulcérations annulaires dans le dernier quart de l'intestin grêle, et, entre elles, beaucoup d'autres fort petites, et des granulations tuberculeuses, parmi lesquelles plusieurs étaient ulcérées à leur sommet. — La membrane muqueuse du gros intestin était ramollie dans toute son étendue, et offrait quelques ulcérations dans le colon ascendant. — Le foie et le pancréas étaient dans l'état naturel ; la rate volumineuse et facile à réduire en putrilage.

XXVe OBSERVATION.

Une couturière âgée de quarante-cinq ans, d'une constitution assez forte, bien qu'ayant toujours eu des digestions difficiles, était malade depuis quinze mois, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 5 juin 1824. L'affection avait débuté par la toux, des crachats et une hémoptysie assez abondante, qui avait duré huit jours et s'était renouvelée assez fréquemment, surtout dans les quatre derniers mois. Dès lors la dyspnée était devenue considérable, la malade avait eu de fréquentes douleurs dans les côtés de la poitrine, des frissons et des sueurs presque continuels, avait maigri, perdu l'appétit et vomi tout ce qu'elle prenait. Depuis trois mois, des douleurs à l'épigastre, de fréquentes coliques, des selles souvent muqueuses et sanguinolentes, s'étaient jointes aux autres symptômes. La malade n'avait point gardé le lit, ni cessé de travailler.

Le 9 juin : maigreur médiocre, teint un peu jaunâtre, céphalalgie, douleurs dans les membres ; crachats mousseux, blancs ou verdâtres et incomplètement opaques ; sous la clavicule gauche, où existaient depuis trois mois des douleurs presque continuelles, la poitrine ne rendait aucun son, la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite dans la hauteur de 15 centimètres ; on entendait un peu de gargouillement au-dessous ; du côté droit, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel ; l'appétit était faible, la langue humide et d'une bonne couleur, les boissons froides insupportables ; l'épigastre était très sensible à la pression et offrait une rénitence qui se continuait le long des fausses côtes droites. (*Polyg. sir. de g.; julep.; 3 cr. de riz.*)

Il y eut, les jours suivants, un dévoiement assez considérable, et, du 18 au 20, des nausées continuelles avec anorexie complète. On prescrivit une potion gommeuse avec le sirop diacode, et, au troisième jour de son usage, les sym-

ptômes se modérèrent, l'appétit revint, et bientôt les aliments furent successivement portés au quart de portion, sans produire d'autre incommodité qu'un peu de pesanteur à l'épigastre; la percussion et l'auscultation donnaient à peu près le même résultat que le premier jour.

Le 20 juillet, à onze heures du matin, au milieu d'un calme assez profond, *douleur près de l'angle inférieur de l'omoplate* du côté droit, d'abord médiocre, puis, et *tout-à-coup*, très violente, avec étouffement, anxiété, toux continuelle, obligation de se tenir à son séant. Ces symptômes persistèrent au même degré pendant la nuit, et souvent la douleur parut se répandre en quelque sorte du dos dans toute la poitrine, jusque vers l'ombilic, pour revenir ensuite à son point de départ.

Le lendemain matin, à l'heure de la visite: respiration extrêmement gênée, haute, répétée cinquante-deux fois par minute; la malade se plaignait d'étouffer, de ne pouvoir trouver une bonne position; sa figure était altérée, sans offrir l'empreinte d'une profonde souffrance, la douleur du dos vive, et le moindre choc sur le côté droit de la poitrine, insupportable; la percussion en tirait un son clair, beaucoup plus même qu'à gauche, dans le point le plus sonore; on n'y entendait pas le bruit respiratoire, si ce n'est en arrière et dans sa partie supérieure; il n'y avait point de tintement métallique. Le pouls était régulier, extrêmement petit et faible, battait cent vingt-huit fois par minute; les palpitations étaient continuelles.

Les mêmes accidents persistèrent, l'anxiété devint plus considérable encore, les résultats de l'auscultation n'offrirent aucun changement, et, après les plus cruelles angoisses, quelquefois interrompues par un assoupissement de peu de durée, la malade mourut le 23, à midi, trois jours après le début de la douleur du dos.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA

MORT. — *État extérieur.* — Rien de remarquable; deuxième degré de marasme.

Tête. — Quelques glandes de Pacchioni sur les bords de la scissure médiane; infiltration sous-arachnoïdienne assez épaisse; substance corticale du cerveau un peu rosée.

Cou. — Le larynx et la trachée-artère étaient dans l'état naturel.

Poitrine. — Une incision faite au côté droit de la poitrine donna issue à un gaz sans odeur, qui s'échappa en sifflant. La partie de la plèvre qui tapisse la région dorsale était recouverte par une fausse membrane molle, que baignaient 120 grammes de sérosité trouble. Le poumon occupait un peu moins du tiers de la cavité de la plèvre, et adhérait aux parties environnantes, dans la hauteur de 9 centimètres, au moyen d'une fausse membrane semi-cartilagineuse, d'un millimètre d'épaisseur. Immédiatement au-dessous de cette adhérence et en arrière, on voyait une ouverture arrondie, de 6 millimètres de diamètre, orifice d'une petite excavation tapissée par une fausse membrane très mince, appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain. Cette petite cavité ne communiquait pas, évidemment, avec les bronches, ni avec une excavation très considérable placée au-dessus, laquelle était tapissée par une double fausse membrane, l'une molle, intérieure, l'autre semi-cartilagineuse. Les trois quarts inférieurs de ce poumon ne contenaient que quelques granulations grises demi-transparentes. Le gauche adhérait à la plèvre costale dans sa moitié supérieure, offrait, à son sommet, une large excavation, qui communiquait avec d'autres beaucoup plus petites et avec les bronches, et, dans ses deux tiers supérieurs, une foule de granulations grises, au milieu d'une matière un peu jaunâtre, humide, demi-transparente, ferme, homogène, et entièrement dépourvue d'air. Le reste de l'organe était rouge et hépatisé. — Les bronches d'un rose vif. — 60 grammes de sérosité dans le péricarde; cœur sain.

Abdomen. Le foie était volumineux, inégal, profondément sillonné à droite du ligament suspenseur, un peu rouge, à sa grosse extrémité surtout : il recouvrait l'estomac et descendait jusque près de l'ombilic. — L'estomac était rétréci ; sa surface intérieure, presque entièrement couverte de glaires, offrait, près du cardia, une plaque blanche de 36 centimètres de surface, sur laquelle la membrane muqueuse était extrêmement mince, pâle et molle comme du mucus ; tandis qu'au pourtour elle était mamelonnée, rose et épaissie à droite, très amincie et très rouge à gauche. Près du pylore se trouvaient plusieurs bandes rouges, de 3 centimètres de long sur 6 millimètres de large, au niveau desquelles la membrane muqueuse était mince et déprimée. — Dans l'intestin grêle, cette membrane était un peu rouge et injectée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — Dans le colon elle était rouge, ramollie, et offrait de petites ulcérations.

XXXIe OBSERVATION.

Une femme âgée de trente-deux ans, grande et forte, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 11 septembre 1823. Elle toussait et crachait sans interruption depuis onze mois, avait eu plusieurs hémoptysies, de fréquentes douleurs entre les épaules, des frissons suivis de chaleur et de sueur, et, dès le commencement de la toux, des douleurs à l'épigastre. Sa respiration était gênée depuis longtemps.

Le lendemain de son admission à l'hôpital : figure animée, céphalalgie, parole un peu brève, parfois aphonie ; attitude convenable, respiration naturelle, si ce n'est à droite, en arrière et supérieurement, où elle était un peu trachéale ; dyspnée médiocre, crachats verdâtres ; il n'y avait pas de pectoriloquie ; le pouls était légèrement accéléré, la chaleur un peu élevée ; la langue nette et humide, l'appétit déprimé, l'épigastre douloureux à la pression, les

selles difficiles. (*Infus. de lich.; tis. pector.; pot. gom. av. sir. diac.; lav. émoll.; demi-quart de port.*)

Depuis lors jusqu'au 20 décembre, jour de la mort, voici ce qui arriva :

Dès les premiers jours d'octobre, la malade accusait un sentiment de chaleur très prononcé entre les épaules; la voix retentissait, la respiration était trachéale dans le même point et, sous les deux clavicules, à droite principalement; la poitrine résonnait bien dans toute son étendue, les crachats étaient puriformes. Le 4 décembre : pectoriloquie douteuse entre les épaules et sous la clavicule gauche, gargouillement dans ce dernier point, dans la hauteur de 18 centimètres. Dans la nuit du 19 au 20, douleurs assez vives dans le dos. A l'heure de la visite, elles avaient beaucoup diminué, l'oppression n'était pas sensiblement plus considérable que de coutume. La nuit suivante, *douleur violente et subite* le long de la colonne vertébrale, accompagnée d'étouffement et d'anxiété. Le lendemain matin, la malade était à son séant, ne parlait que de sa dyspnée et de sa douleur, insistait sur son apparition *subite*; ses traits étaient altérés, sa poitrine plus sonore à gauche en arrière et latéralement, que du côté droit; dans les mêmes points on n'entendait, au lieu du bruit respiratoire, qu'une espèce de râle muqueux qui semblait traverser un espace vide avant de parvenir à l'oreille; il n'y avait pas de tintement métallique, et en faisant coucher, puis remettre rapidement la malade à son séant, on n'entendait aucun bruit particulier; la respiration était extrêmement fréquente, l'agitation continuelle. La malade mourut le soir du même jour, à dix heures, après d'inexprimables anxiétés.

La chaleur fut constamment plus ou moins forte, les sueurs considérables pendant la nuit. Elles furent combattues sans succès, pendant près de deux mois, par une infusion aqueuse de quinquina, à la dose de deux tasses dans la journée.

Au commencement d'octobre, l'appétit était peu considérable, la bouche amère, la langue blanchâtre; parfois il y eut des vomissements au milieu des quintes de toux. Les mêmes vomissements existaient, l'appétit était encore plus déprimé, la langue dans l'état naturel, le 5 décembre. Le 10, la soif était augmentée, les boissons les plus légères causaient beaucoup de pesanteur à l'épigastre; il y avait, depuis plusieurs jours, un dévoiement assez considérable.

L'amaigrissement fut assez rapide, et, dès le 5 décembre, le bras gauche était oedémateux.

Ouverture du cadavre, trente-quatre heures après la mort. *État extérieur.* — Œdème assez considérable du bras gauche : rien autre chose de remarquable.

Tête. — Trois petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau. Le reste sain.

Cou. — La trachée-artère et le larynx dans l'état naturel.

Poitrine. — Le côté gauche ne laissa échapper qu'une très petite quantité de gaz, et contenait environ trois litres de sérosité sanguinolente, sans flocons albumineux. Une fausse membrane d'un rouge cramoisi, molle, épaisse d'un demi-millimètre, recouvrait le poumon et les parois thoraciques correspondantes, dans toute leur étendue. Ce poumon adhérait d'une manière intime, à son sommet, dans une hauteur de 7 centimètres, aux parties voisines, et presque immédiatement au-dessous de cette adhérence, en arrière, on voyait une ouverture arrondie, de la largeur d'un pois, communiquant avec une vaste excavation qui contenait une fort petite quantité de matière liquide et grisâtre, dont on retrouvait l'analogue sur le diaphragme : cette cavité communiquait avec les bronches. Les cinq sixièmes supérieurs du poumon étaient transformés en une matière ferme, grisâtre, demi-transparente, semée d'un grand nombre de tubercules et de petites excavations : celles-ci communiquaient entre elles et n'étaient séparées, dans quelques

points, de la cavité thoracique, que par une épaisseur de moins de 1 millimètre; le sixième inférieur était crépitant. Les bronches étaient d'un rose tendre. Il y avait quelques excavations au sommet du poumon droit, et des tubercules non ramollis à sa base. — Le cœur était sain, moins volumineux d'un tiers que dans l'état naturel : l'aorte d'un rouge vif dans toute son étendue.

Abdomen. — L'estomac était plus volumineux que de coutume; sa membrane muqueuse était nuancée d'un rose pâle dans quelques points, mamelonnée à sa face antérieure et dans une partie du grand cul-de-sac; elle offrait, dans ces mêmes régions, des ulcérations de 4 à 12 millimètres de surface, avait ailleurs une épaisseur et une consistance convenables. — On trouva beaucoup de mucosités dans l'intestin grêle, dont la membrane muqueuse était pâle, ferme, et présentait, dans son dernier cinquième, quelques plaques elliptiques ulcérées. — Celle du gros intestin était pâle; ses ulcérations diminuaient de nombre en approchant du rectum, où il y en avait une. — Le foie était mollasse, facile à déchirer; la bile de la vésicule peu épaisse et médiocrement colorée; la rate un peu ramollie; la substance corticale des reins beaucoup plus rouge et plus humide que de coutume. Le pancréas était plus dur que dans l'état naturel; l'utérus sain.

XXXII

XXXIIe OBSERVATION.

Une femme de vingt-six ans, d'une constitution peu forte, d'une sensibilité très vive, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 15 novembre 1823. Elle maigrissait depuis plus de deux ans, et attribuait son dépérissement à des chagrins profonds. Peu sujette au rhume, elle toussait et crachait sans interruption depuis cinq mois, avait eu, dans les quinze premiers jours de l'affection de poitrine, de la fièvre, des douleurs de tête, beaucoup d'oppression, et, parfois, ses crachats avaient été sanguinolents; ensuite les ac-

cidents étaient devenus bien moins considérables. Depuis six semaines la malade avait presque complétement perdu l'appetit, était tourmentée par de fréquentes coliques, avait des frissons suivis de chaleur et de sueur pendant la nuit.

Le 16 novembre : figure médiocrement animée, faiblesse assez considérable, deuxième degré de marasme ; voix faible, voilée comme depuis deux mois ; toux fréquente, crachats verdâtres, imparfaitement pelotonnés ; respiration plus faible dans la moitié supérieure du côté gauche de la poitrine, qu'à droite dans la partie correspondante ; ailleurs elle était naturelle, et, nulle part, il n'y avait de retentissement de la voix ou de pectoriloquie ; la chaleur était peu considérable ; le pouls battait cent fois par minute, et, la veille comme les jours précédents, il y avait eu, à onze heures, des frissons suivis de chaleur ; la langue était un peu rouge au pourtour, villeuse et jaunâtre au centre, l'appétit déprimé, l'épigastre souple, le flanc droit tendu, sans tumeur sensible ; les selles régulières. (*Tis. pect.; lich., quart de portion.*)

Les accès de fièvre incommodant beaucoup la malade, on essaya de les supprimer au moyen du sulfate de quinine ; mais à raison du malaise, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des douleurs à l'épigastre, etc., qui en suivirent l'emploi, on le supprima le 27. Alors le frisson avait disparu, la chaleur continuait à être plus ou moins forte à l'heure accoutumée.

Le 4 décembre : respiration trachéale sous la clavicule gauche, constipation, anorexie presque complète, retour des frissons. Les jours suivants, la toux provoquait des nausées, et, à la constipation, succéda une diarrhée abondante.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier, la malade éprouva *tout-à-coup*, du côté gauche de la poitrine, une sensation pareille à celle qui eût été produite par un gaz qui aurait circulé de bas en haut, dans toute cette partie du thorax ; en même temps la respiration devint extrêmement gênée, il y

eut des défaillances incomplètes, et, presque aussitôt, une *douleur* très vive derrière la mamelle gauche. Le matin, cette douleur persistait, était profonde, la respiration beaucoup plus accélérée que de coutume, le décubitus obligé à droite, le malaise considérable; la sensation, qui avait semblé produite par un gaz qui aurait circulé dans le côté gauche de la poitrine, n'existait plus. Du côté gauche, la poitrine rendait un son clair comme celui d'un tambour; on n'y entendait ni bruit respiratoire, ni tintement métallique; la voix était éteinte, la figure pâle, les lèvres décolorées, la malade menacée de syncope, dès qu'elle essayait de se mettre à son séant: le pouls, petit et faible, battait cent seize fois par minute.

La respiration ayant été observée avec soin jusqu'au 16 janvier, je fis les remarques suivantes. — Le 4, on entendait, près de l'aisselle gauche, un bruit respiratoire très faible, et, sous la clavicule du même côté, un peu de râle muqueux. Le 5, on distinguait, 6 centimètres au-dessous du même os, et pendant l'exercice de la parole, le tintement métallique. Le 7 et les jours suivants, ce tintement existait dans une étendue plus considérable, soit dans l'inspiration, soit dans l'exercice de la parole. La douleur s'exaspéra, devint très vive dans la soirée du 10, et nécessita l'application de quelques sangsues. Le lendemain, l'oppression était plus considérable que de coutume, la respiration très accélérée, la douleur moins forte, le tintement métallique entendu comme les autres jours, dans les trois quarts inférieurs de la poitrine; celle-ci était très sonore, et le bruit respiratoire nul dans les points les plus retentissants. Même état jusqu'au 16. Le 17, la dyspnée augmenta beaucoup, le côté gauche rendait toujours un son fort clair. La malade mourut le 18, sans agonie, quelques minutes après avoir dit qu'elle avait besoin de sommeiller.

Du moment où le pneumo-thorax fut constaté, le décubitus eut constamment lieu à droite, l'aphonie ne disparut

que par intervalles, la toux fut généralement peu fréquente, les crachats verdâtres, pelotonnés, le pouls petit, faible et fréquent. La malade conserva une certaine vivacité d'esprit, et n'était pas sans espoir. L'appétit fut presque nul; il y eut des alternatives de constipation et de diarrhée, et quelques vomissements de mucus, dans les premiers jours qui suivirent la perforation.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Rien de remarquable. Commencement du troisième degré de marasme.

(Le cerveau et le larynx ne purent être examinés.)

Poitrine. — Le côté gauche résonnait à sa partie antérieure seulement, contenait un gaz qu'on reconnut être de l'acide carbonique, et dont le volume équivalait à 900 centimètres cubes: le reste, c'est-à-dire les trois quarts de ce côté environ, était presque entièrement occupé par un liquide trouble et verdâtre. Le poumon correspondant avait à peine la grosseur des deux poings, adhérait, à son sommet, dans la hauteur de 6 centimètres, à la plèvre costale; et, immédiatement au-dessous de cette adhérence, en arrière, on trouvait une ouverture arrondie, de 5 millimètres de diamètre, à bords minces, communiquant avec une cavité dont la surface égalait celle d'une pomme de moyenne grosseur. Cette cavité était anfractueuse, tapissée par une sorte de détritus tuberculeux appliqué sur une fausse membrane mince, et communiquait avec les bronches par plusieurs points. Au-dessous de la perforation se trouvaient plusieurs taches jaunâtres, correspondantes à des tubercules ramollis et sur le point de se vider dans la plèvre. Le reste du poumon était mou, privé d'air, et contenait d'autant moins de tubercules qu'on s'approchait davantage de sa base. La plèvre était recouverte, dans toute son étendue, par une fausse membrane mince, assez ferme dans sa partie supérieure, et enduite, sur le diaphragme, d'une matière verdâtre, à peu

près de la consistance des gelées, qui aurait rempli un verre ordinaire. Le poumon droit offrait quelques adhérences, une petite excavation et des tubercules à son sommet. — Le cœur était petit, l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. — L'estomac contenait une médiocre quantité de mucus visqueux et jaunâtre : sa membrane muqueuse était légèrement fauve, mamelonnée dans presque toute son étendue, d'une bonne consistance, incomplétement détruite dans une surface de 8 millimètres, le long de la petite courbure. — Celle de l'intestin grêle offrait, dans sa seconde moitié, un grand nombre de petites ulcérations, était d'un rouge vif et un peu ramollie près du cœcum, dans la longueur de 72 centimètres. — La membrane muqueuse du gros intestin était molle comme du mucus, dans toute son étendue, rouge et ulcérée dans le colon ascendant, nuancée de rose tendre ailleurs. — Le foie dépassait les côtes de trois doigts, était un peu volumineux, d'une couleur fauve, piqué de rouge, d'une consistance médiocre, un peu gras. La bile de la vésicule était peu colorée et peu épaisse ; le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

XXXIII° OBSERVATION

Un commis, âgé de vingt-six ans, d'une petite taille, très bien conformé, ayant les cheveux châtains et les saillies musculaires très prononcées, fut admis à l'hôpital de la Charité le 8 novembre 1824. Employé au service militaire, de douze à vingt-quatre ans, il y avait été bien portant, et accusait huit mois de maladie. Il toussait et crachait depuis cette époque, et attribuait son *rhume* à la mauvaise disposition du bureau où il travaillait. La toux avait considérablement augmenté, revenait par quintes, et les crachats s'étaient épaissis pendant les cinq derniers mois. Au quatrième, il avait éprouvé, pendant quinze jours, des douleurs de dos assez vives, et, dans les deux dernières semaines, il en était survenu dans le côté gauche. Il n'y avait point

eu de fièvre au début ; mais depuis trois mois, la chaleur était forte le soir, les sueurs quotidiennes et abondantes pendant la nuit ; l'appétit n'avait pas diminué, était même plus considérable depuis deux mois qu'avant la maladie ; les selles étaient restées régulières. L'amaigrissement avait commencé trois mois après le début, et, dès lors, le malade avait cessé ses occupations.

Le 9 novembre : diminution assez considérable des forces, maigreur peu prononcée ; douleur légère, par intervalles seulement, au côté gauche de la poitrine ; oppression médiocre, toux fréquente et par quintes pendant la nuit, crachats peu abondants, verdâtres, opaques, imparfaitement pelotonnés ; respiration confuse, râle muqueux, sonoréité de la poitrine moindre sous la clavicule droite que dans l'état naturel ; retentissement de la voix en arrière dans le point correspondant ; bruit respiratoire faible à gauche et en arrière ; pouls peu accéléré, chaleur, sueur copieuse pendant la dernière nuit ; appétit, langue nette, ventre indolent, selles rares, calme. (*Lich. ; pot. g. ; op. 5 centig. le soir ; quart de portion.*)

Le 20, il semblait qu'à chaque parole une petite bouffée d'air s'introduisît dans le stéthoscope, au-dessous de la clavicule droite immédiatement.

Dans la matinée du 28, les crachats étaient un peu tachés de sang, et, le soir, il y eut une hémoptysie dont le produit fut évalué à 300 grammes. Elle continua plus ou moins forte ou légère jusqu'au 8 décembre, diminua du moment où l'on prescrivit une potion gommeuse avec 3 grammes de ratanhia, et disparut complétement au troisième jour de son administration. Jusqu'alors on avait pratiqué, sans le moindre succès, trois saignées de 300 à 300 grammes, et donné des boissons émulsionnées. Pendant les quatre premiers jours de l'hémoptysie, il y eut du côté gauche de la poitrine un râle crépitant, général en arrière, et borné, antérieurement, à la moitié inférieure du thorax.

Le 9, la respiration était presque parfaitement naturelle

du côté gauche, l'oppression avait augmenté, la toux était toujours forte pendant la nuit, les crachats étaient blancs, verdâtres, pelotonnés; la soif médiocre, le pouls calme; l'appétit, qui avait un peu diminué, se prononçait; il n'y avait pas eu de dévoiement.

L'état général du malade fut à peu près le même jusqu'au 30, et la toux excitait ordinairement des douleurs dans le côté gauche. Le 5, la pectoriloquie était manifeste sous la clavicule droite, et il y avait un peu de crépitation dans la moitié inférieure du même côté; à gauche, elle était presque universelle: le 28, on ne l'entendait pas ailleurs. Le 31, dans la matinée, le malade se plaignit de souffrir beaucoup du côté gauche pendant la toux; le soir, la douleur devint *tout-à-coup* extrêmement vive et l'étouffement considérable. Le lendemain, la dyspnée était extrême, l'anxiété très grande. Le 2 janvier, à sept heures du matin, le malade avait encore toute sa connaissance, se rappelait parfaitement bien ce qui s'était passé depuis le début de la violente douleur du côté gauche; mais déjà il ne voyait plus qu'à travers un nuage, sa figure était couverte de sueur, la dyspnée extrême, la respiration très fréquente, la percussion de la poitrine beaucoup plus sonore antérieurement à gauche qu'à droite: on n'entendait, dans le même point, ni bruit respiratoire ni tintement métallique; le malade étouffait, et deux heures après il expira. Le même jour, les crachats étaient grisâtres, d'un aspect désagréable, formaient une masse pareille à une colle un peu visqueuse. Il y eut quelques douleurs au larynx.

A dater du 15 décembre, la chaleur fut considérable dans la soirée, les sueurs plus ou moins copieuses la nuit, et, comme auparavant, il n'y eut pas de frissons. La soif fut médiocre, l'appétit baissa par degrés, puis se supprima. Il n'y eut de diarrhée que dans les cinq derniers jours.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Formes bien conservées, muscles

épais, fermes et d'une belle couleur; premier degré de marasme.

Tête. — Une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; une cuillerée du même liquide à la base du crâne; le reste sain.

Cou. — L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, offrait, immédiatement au-dessus de sa bifurcation, sur sa partie membraneuse, deux petites ulcérations irrégulières, de 2 à 3 centimètres en surface; le tissu sous-muqueux était épaissi à leur niveau.

Poitrine. — Un gaz, sans odeur, sortit, en sifflant, du côté gauche de la poitrine, par une petite incision que j'y pratiquai. Le poumon correspondant était séparé des parois thoraciques par un espace de 5 à 9 centimètres, qui allait en augmentant du sommet à la base; et il était maintenu dans cette position par quatre brides blanchâtres, minces et fermes, qui unissaient les plèvres pulmonaire et costale. Sa base et la partie correspondante du diaphragme étaient tapissées par une fausse membrane peu consistante, réticulée en quelque sorte, épaisse et baignée par un liquide rougeâtre, assez clair, évalué à 360 grammes. Son lobe supérieur était comme enveloppé par une autre fausse membrane d'un millimètre d'épaisseur, semi-cartilagineuse; et, à son extrémité inférieure, on trouvait une tache jaune, arrondie, de 2 millimètres de diamètre, correspondant à un tubercule ramolli, incomplètement vidé, ouvert dans la cavité de la plèvre. L'ouverture était en partie bouchée par une petite quantité de matière tuberculeuse, et l'excavation tapissée par une fausse membrane molle, blanchâtre, peu épaisse: elle ne communiquait pas avec les bronches. On trouvait encore, à la partie moyenne du même lobe, trois excavations pareilles à celles que je viens de décrire, au milieu d'un tissu sain, et, à son sommet, deux autres cavités un peu plus

petites, du volume d'une aveline, entourées d'un tissu grisâtre fort dur, où aboutissaient des bronches rouges et épaissies. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait quelques granulations demi-transparentes. — Le poumon droit adhérait, par un tissu cellulaire serré, à la plèvre costale, dans toute son étendue; était dur à son sommet, dans la hauteur de 9 centimètres, et offrait, dans cette partie, quatre excavations du volume d'une cerise, remplies d'un pus verdâtre, entourées d'un tissu grisâtre et ferme. Celui-ci était entrecoupé de cloisons blanches, semi-cartilagineuses ou celluleuses, dirigées dans tous les sens, et donnait, au moyen d'une forte pression, une très petite quantité de liquide grisâtre. Plusieurs rameaux bronchiques, dont les parois étaient épaissies et la membrane muqueuse d'un rouge vif, s'ouvraient dans ces cavités. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait deux ou trois tubercules et quelques noyaux de tissu pulmonaire hépatisé, de la grosseur d'une noix. — Les glandes bronchiques étaient volumineuses et grises, sans une parcelle de matière tuberculeuse. — Le cœur et l'aorte sains.

Abdomen. — L'estomac était doublé de volume, un peu au-dessous de l'ombilic, contenait une assez grande quantité de mucus visqueux : sa membrane muqueuse était un peu violacée sur sa face postérieure, et moins ferme que de coutume au niveau de l'antérieure, où elle avait sa blancheur ordinaire. — Les plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient plus ou moins ulcérées dans son dernier sixième, offraient plusieurs granulations tuberculeuses, dont la fonte paraissait avoir donné lieu aux ulcérations. Ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Il y avait, dans le colon ascendant, six ulcérations grisâtres, peu étendues : le tissu cellulaire était un peu épaissi à leur niveau, et, dans quelques points, il était détruit : entre ces ulcérations s'en trouvaient d'autres fort petites. Dans toute la longueur du gros intestin, la membrane muqueuse

était un peu épaissie et ramollie. — Les glandes mésentériques étaient rougeâtres et volumineuses, sans tubercules. — La rate était pâle et presque doublée de volume; les autres viscères sains.

XXXIe OBSERVATION.

Un ébéniste, âgé de quarante-deux ans, d'une petite taille, d'une constitution peu forte, mais habituellement bien portant et très rarement enrhumé, disait n'avoir éprouvé aucune affection de poitrine avant celle qui l'amenait à l'hôpital. Il était malade depuis cinq mois, et avait cessé de travailler depuis deux, sans néanmoins garder le lit. Sa maladie avait débuté sans cause connue, par une toux médiocrement forte, accompagnée de crachats clairs: il s'y était joint, au commencement du quatrième mois, de l'oppression et des douleurs assez vives au côté droit, pour nécessiter l'application d'un certain nombre de sangsues et d'un vésicatoire sur le point douloureux: les crachats étaient devenus très épais dans les trois dernières semaines, et, depuis dix jours, la toux avait beaucoup augmenté, la soif était devenue vive, la chaleur brûlante pendant la nuit; il s'était établi des sueurs très copieuses. L'appétit avait diminué dès le début, l'anorexie était complète depuis vingt jours, l'amaigrissement marqué depuis deux mois: d'ailleurs, jamais de frissons, d'hémoptysie ou de diarrhée.

Le 4 janvier 1825, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital: figure pâle, maigreur considérable, diminution des forces; toux peu fréquente, oppression médiocre, décubitus varié, crachats verdâtres, opaques, et sans stries; poitrine moins sonore à droite qu'à gauche, surtout dans sa moitié inférieure, en arrière et latéralement, où il y avait absence presque complète de son; bruit respiratoire faible, mêlé de râle muqueux dans presque tout ce côté; respiration trachéale, pectoriloquie autour du sommet du poumon droit, moins évidente à gauche, entre l'épaule et

la colonne vertébrale; aphonie presque complète depuis deux mois, sans douleur ni sécheresse, ni ardeur au larynx ou à la trachée-artère; pouls petit, faible, accéléré; langue humide, blanchâtre au centre; bouche pâteuse et amère, anorexie sans soif, épigastre sensible à la pression; parfois, nausées au milieu de la toux; trois selles d'une bonne consistance la veille, et sans coliques; calme, nulle espèce de douleur.

Il n'y eut pas de changement sensible dans les symptômes les jours suivants; le larynx et la trachée-artère furent toujours indolents et insensibles à la pression extérieure. Le 10, le malade se plaignait de souffrir un peu du côté droit de la poitrine; dans la nuit du 13 au 14, il fut pris, *subitement*, d'une douleur très vive au côté gauche, accompagnée de beaucoup de malaise et d'oppression. Le lendemain matin, figure pâle, traits affaissés, douleur un peu moins vive, oppression considérable, décubitus peu élevé, percussion très sonore du côté gauche, dans toute son étendue. Je remis l'auscultation après la visite; mais des ventouses ayant été immédiatement appliquées sur le point douloureux, je ne pus achever mon examen, et le malade mourut le même jour, à quatre heures du soir, ayant conservé jusqu'à la fin le libre exercice de ses facultés intellectuelles.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort. *État extérieur.* — Commencement du dernier degré de marasme. Rien autre chose de remarquable.

Tête. — Une petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux du cerveau; le reste parfaitement sain.

Cou. — Épiglotte dans l'état naturel. Plusieurs ulcérations superficielles sur les cordes vocales du larynx et un peu au-dessous, dans la hauteur de 6 millimètres. Trachée-artère d'un rouge vif dans toute son étendue; sa membrane muqueuse, détruite dans toute la hauteur de sa portion

charnue, offrait ailleurs beaucoup d'ulcérations arrondies et superficielles, de 2 à 4 millimètres de diamètre. Il y en avait aussi dans les bronches, dont elles occupaient la portion molle. Le tissu sous-muqueux correspondant à la grande ulcération de la trachée-artère, était généralement épaissi; dans quelques points il était détruit, ce qui donnait à cette partie un aspect très inégal. — Les glandes bronchiques étaient volumineuses et grisâtres; quelques unes d'entre elles, parsemées de points tuberculeux; celles du cou étaient parfaitement saines.

Poitrine. — Le côté gauche était très sonore à sa partie antérieure, en partie vide et en partie occupé par le poumon qui adhérait à son sommet, dans la hauteur de 9 centimètres, et par un litre de sérosité roussâtre, qui contenait beaucoup de flocons albumineux jaunâtres. Une fausse membrane très molle recouvrait le lobe inférieur, au sommet duquel il y avait un trou de 4 millimètres de largeur, orifice d'une excavation du volume d'une noix, tapissée par un détritus tuberculeux, sans fausse membrane, communiquant avec les bronches. Ce lobe contenait beaucoup de granulations grises demi-transparentes. Le sommet du supérieur était dur, offrait une grande quantité de matière grise et noirâtre, au milieu de laquelle on voyait un tubercule de la grosseur d'une noisette; et, dans le reste de son étendue, il n'y avait que fort peu de matière grisâtre, irrégulièrement tuberculeuse. Le poumon droit adhérait à la plèvre costale au moyen d'une fausse membrane, ferme, épaisse de 4 millimètres à sa base. Son lobe supérieur était presque entièrement transformé en une matière grise, brillante, un peu élastique, au milieu de laquelle se trouvaient beaucoup de granulations d'un gris laiteux; et il offrait, à son sommet, deux excavations du volume d'une noix, remplies d'un liquide trouble et rougeâtre, garnies d'un détritus tuberculeux, sans fausse membrane. Le lobe inférieur contenait une excavation semblable, un certain

nombre de granulations grises, était engoué dans quelques points. — Le cœur était parfaitement sain, l'aorte irrégulièrement rouge dans toute son étendue.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac était nuancée de rose dans le grand cul-de-sac, où elle était extrêmement ramollie par intervalles; parfaitement saine près du pylore, un peu moins consistante ailleurs que dans l'état naturel, incomplètement ulcérée dans plusieurs points de sa moitié inférieure. — Au tiers moyen de l'intestin grêle se trouvaient plusieurs ulcérations transversales, dont trois formaient l'anneau complet; au-delà, les plaques elliptiques étaient plus ou moins complètement ulcérées, la membrane muqueuse détruite à leur niveau, et le tissu cellulaire sous-muqueux, inégal, épaissi, offrait beaucoup de petites excavations dans les mêmes points: ailleurs, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Il y avait une large ulcération dans le colon ascendant, et d'autres fort petites, en très grand nombre, dans le rectum, le cœcum et son appendice. La membrane muqueuse était un peu ramollie dans la seconde moitié du gros intestin. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les observations qui précèdent, nous voyons qu'à une époque plus ou moins avancée de la phthisie, les malades ont senti *tout-à-coup*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur, jointe à une dyspnée ordinairement extrême, à une anxiété inexprimable; puis tous les symptômes généraux de la pleurésie aiguë; que ces accidents ont persisté au même degré, ou avec quelques rémissions, jusqu'à la mort, qui est survenue de douze heures à trente-huit jours après leur première apparition (Obs. 29, 31); et qu'à l'ouverture des corps on a trouvé une quantité plus ou moins considérable d'air, de pus ou de sérosité sanguinolente, dans le côté de la poitrine où la douleur s'était manifestée, et une perforation de pa-

renchyme du poumon correspondant, par suite de l'ouverture d'une excavation tuberculeuse dans la cavité des plèvres.

Le rapport entre les symptômes et l'état des poumons après la mort est si frappant, qu'il suffit de l'exposition des faits pour montrer leur dépendance mutuelle. La douleur répond à l'irruption de la matière tuberculeuse dans les plèvres, et est causée par elle; tandis que l'étouffement et l'anxiété sont l'effet de l'épanchement non moins rapide d'une certaine quantité d'air, puis, et plus ou moins promptement, d'un liquide de nature variée. En sorte que toutes les fois que chez un phthisique, il se manifestera *subitement*, dans un des côtés de la poitrine, une violente douleur, accompagnée de beaucoup d'étouffement et d'anxiété, avec tous les symptômes de la pleurésie aiguë, on devra penser qu'il y a perforation du parenchyme pulmonaire, suivant le mécanisme indiqué.

Ces symptômes sont d'ailleurs si rationnels, qu'on les croirait déterminés *à priori*; et à raison de la similitude qui existe entre les circonstances qui accompagnent la perforation de l'intestin grêle et celle des poumons, on aurait encore pu, ce me semble, les soupçonner par voie d'analogie. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il y a, au moment de la perforation, épanchement d'un liquide irritant sur une membrane séreuse; et, comme une douleur subite et tous les symptômes d'une phlegmasie aiguë intense, se manifestent dans un cas, on pouvait croire qu'ils se manifesteraient aussi dans l'autre. Mais si une douleur subite dans un point de l'abdomen, accompagnée des symptômes d'une péritonite intense, suffit au diagnostic de la perforation de l'intestin, il était naturel de penser qu'il en serait de même relativement à celle des poumons, et qu'une douleur également subite et intense dans un des côtés de la poitrine, jointe à un étouffement extrême et aux autres symptômes de la pleurésie, suffirait pour en déceler l'existence, surtout chez les phthisiques.

L'étouffement et l'anxiété survenus d'une manière subite pourraient encore, indépendamment de la douleur, faire reconnaître, ou au moins fortement soupçonner, l'accident qui nous occupe : mais ils ne suffiraient pas pour en assurer le diagnostic ; car on voit quelquefois des malades n'ayant que des excavations, considérables à la vérité, au sommet des poumons, éprouver tout d'un coup l'étouffement et l'anxiété dont il s'agit. Il faut alors aller à la recherche d'autres symptômes dont l'existence lève tous les doutes, dans les cas analogues à celui que je suppose, et ajoute beaucoup à la certitude du diagnostic dans les autres. Ces symptômes sont d'ailleurs, comme on a pu s'en apercevoir par la lecture des précédentes observations, assez nombreux. En effet, si chez les malades dont il s'agit, on examinait la configuration de la poitrine au moment de la perforation ou peu après, on trouvait, du côté douloureux, une saillie marquée, les espaces intercostaux élargis et moins déprimés que du côté opposé, une sonoréité exagérée, vraiment tympanique ; tandis que dans les mêmes points, le bruit respiratoire était nul, faible, ou lointain, confus, et avait des caractères différents de ceux de l'état normal. Ces derniers phénomènes indiquaient, comme l'a démontré Laënnec, la présence d'une certaine quantité d'air entre la plèvre costale et les poumons ; et comme le pneumo-thorax est un des effets immédiats de la perforation de ces organes, on devrait penser, dans des cas analogues, qu'il en est le résultat. Mais on conçoit que dans l'absence des symptômes que j'ai signalés au commencement de cet article, le pneumo-thorax aurait une valeur diagnostique un peu moindre, puisqu'il peut avoir lieu, quoique bien rarement sans doute, chez des sujets non phthisiques, hors le cas de perforation ; cas bien rare il est vrai, et dont je n'ai rencontré qu'un exemple ; encore ignoré-je si le sujet qui me l'a offert avait eu un pneumo-thorax pendant la vie : et M. Andral affirme, de son côté, n'avoir jamais observé de pneu-

mo-thorax que dans le cas de perforation des poumons.

Quoi qu'il en soit, un peu plus tôt, un peu plus tard, au lieu d'un bruit respiratoire faible et presque nul, on entendait, chez les sujets dont j'ai donné l'histoire, conformément à ce qu'a trouvé Laënnec, un bruit comparable à celui qu'on détermine en soufflant dans une bouteille vide, une respiration amphorique, puis le tintement métallique; symptômes précieux pour le diagnostic, sans être pathognomoniques cependant, puisqu'on les rencontre quelquefois chez des individus qui n'ont que de grandes excavations, sans perforation. A la vérité, on n'entend ordinairement, alors, la respiration amphorique et le tintement métallique, que dans un espace circonscrit; mais aussi on les entend quelquefois dans toute ou presque toute l'étendue de la poitrine: j'en ai vu des exemples, et on peut en lire un fort intéressant dans le mémoire de M. de Castelnau sur la cause physique du tintement métallique (1), en sorte que la réflexion précédente subsiste dans toute sa force.

Enfin, après un espace de temps variable, un épanchement de liquide a lieu du côté de la perforation: dans quelques cas, il est déjà considérable peu d'heures après l'accident, tandis que dans d'autres, on ne peut reconnaître sa présence qu'après un mois ou deux, au moyen de la percussion ou de la succussion, laquelle donne lieu, comme on sait, à un bruit de fluctuation, quand il existe à la fois de l'air et un liquide quelconque dans la cavité du thorax.

Du reste, comme tous les résultats de l'auscultation, la respiration amphorique et le tintement métallique offrent de nombreuses nuances et les plus grandes variations. Ainsi, sans qu'on puisse constater de changement dans la proportion du gaz ou du liquide, la respiration amphorique est tantôt forte, tantôt faible ou nulle; dernière modification qui existe le plus souvent à la partie antérieure du thorax.

(1) *Archiv. génér. de méd.*, oct. 1841.

Quelquefois aussi la respiration amphorique n'est pas entendue en avant, quand les malades sont assis ; tandis qu'on l'entend s'ils sont debout, alors même qu'il n'existe aucune apparence d'épanchement d'un liquide capable de changer les rapports des gaz avec les points perforés. Dans quelques cas encore, on n'entend le tintement métallique que pendant l'exercice de la parole et là où le bruit respiratoire est nul.

Quant au mécanisme des phénomènes qui viennent de nous occuper, on est généralement d'accord sur celui de la respiration amphorique, qu'on regarde comme le résultat du passage de l'air dans la cavité de la plèvre. Mais il n'en est pas de même du tintement métallique. Toutefois, on croit généralement aussi que la présence d'une certaine quantité de liquide est nécessaire à la production de ce phénomène ; qu'il tient au passage de quelques bulles d'air à travers le liquide, ou à l'agitation du gaz à sa surface. Mais il est si ordinaire de trouver le tintement métallique dans des cas où l'on ne peut constater, par un moyen quelconque, et plusieurs jours, plusieurs semaines de suite, l'existence du moindre épanchement dans la poitrine, qu'il faut renoncer à cette manière de voir. En sorte qu'on est conduit à admettre la théorie de M. de Castelnau et à penser, avec lui, que le tintement métallique n'est autre chose qu'un râle muqueux ou caverneux, retentissant dans une cavité spacieuse, à la faveur d'une communication établie entre cette cavité et les bronches.

Cette théorie se concilie, suivant la remarque de son auteur, avec les particularités que l'on observe dans la manifestation du phénomène ; car ces particularités sont celles qu'offre le râle muqueux. Ainsi, ce râle existe dans l'inspiration et dans l'expiration, ou dans l'une ou l'autre ; il peut disparaître pendant un espace de temps plus ou moins considérable, pour reparaître ensuite ; un effort de toux peut le provoquer ou le faire disparaître. Et, quant au timbre mé-

tallique, qui accompagne si ordinairement l'exercice de la voix et de la respiration dans les cas de perforation pulmonaire, il tient évidemment à la grandeur de l'espace dans lequel retentit l'air expiré et inspiré, indépendamment de toute espèce de liquide dont la présence n'est nullement nécessaire, et semblerait devoir être plutôt défavorable que favorable à sa production.

Les six cas de perforation exposés au commencement de cet article étaient, avec deux autres qu'il m'a semblé inutile de conserver dans cette édition, les seuls exemples de perforation chez les phthisiques que j'eusse recueillis lors de la publication de mes recherches. Depuis, nombre de faits observés par d'autres ou par moi ont pleinement confirmé la valeur diagnostique des symptômes rationnels, indépendamment de l'auscultation et de la percussion, sur lesquelles j'ai cru nécessaire d'appeler, en premier lieu, l'attention du lecteur : en sorte qu'une fois seulement, sur quatorze nouveaux faits que j'ai observés, la violente douleur de côté, l'étouffement et l'anxiété, n'ont pas eu lieu.

Ces derniers symptômes offraient, d'ailleurs, des modifications assez nombreuses, qu'il importe de mettre sous les yeux du lecteur.

Ainsi, la douleur était vive chez les malades qui font l'objet des 29e, 30e, 31e, 32e observations, beaucoup moindre chez les autres, sans perdre toutefois de son importance relativement au diagnostic; soit à raison de sa subite apparition; soit à cause de l'étouffement dont elle a été accompagnée et suivie; soit, et surtout, à cause de la modification dans le caractère de la respiration, qui s'y est jointe. Nous avons vu en effet, chez la femme qui fait l'objet de la 32e observation, qu'au moment de l'apparition de la douleur et même un peu avant, la malade croyait avoir senti un gaz qui aurait circulé dans le côté gauche de la poitrine; sensation qui se prolongea pendant un certain temps, et qui avait sans doute réellement

pour cause le passage de l'air du poumon dans la cavité correspondante. D'ailleurs, loin de nous étonner des faibles différences qu'a présentées la douleur, nous devons être surpris qu'elles n'aient pas été plus considérables. Ainsi, elle n'a pas été moins forte chez les malades qui sont l'objet des 30e et 31e observations, que chez les autres, bien que la cause matérielle n'ait été, dans ces deux cas, qu'un fort petit abcès tuberculeux, sans communication évidente avec les bronches, vidé dans la cavité des plèvres; tandis que chez les autres, l'excavation tuberculeuse était considérable et communiquait largement avec les bronches. Enfin, elle a manqué dans un cas où la perforation était large, la cavité tuberculeuse étendue, et la quantité de matière irritante versée dans la plèvre, sans doute très grande.

L'étouffement et l'anxiété étaient très considérables, si ce n'est dans la 32e observation, et néanmoins la malade qui est le sujet de cette observation ne pouvait essayer le plus petit mouvement sans être menacée de lipothymie. Cette malade présentait encore de l'intérêt sous le rapport de son décubitus à droite, la tête basse, tandis que la plupart des autres malades restaient à leur séant.

Il est encore digne d'attention que, malgré la gêne extrême et subite apportée dans la circulation, la figure conservait, dans beaucoup de cas, sa pâleur naturelle; fait qui cependant n'offre rien d'extraordinaire, puisque tous les jours on voit des malades rester très pâles au milieu d'une dyspnée très forte, dans la dilatation du cœur la plus prononcée, par exemple, et même dans quelques cas où il y a communication des cavités droites avec les cavités gauches de cet organe.

L'intervalle qui s'est écoulé entre le moment où la perforation a eu lieu et l'époque de la mort, mérite bien d'être remarqué. En effet, la terminaison fatale a eu lieu seize, vingt-quatre, trente-six, soixante-douze heures; six, vingt

et trente-six jours après le début des premiers symptômes de la perforation; et cet espace de temps peut être beaucoup plus considérable encore. Ainsi, chez une femme dont je donnerai l'histoire tout-à-l'heure, il a été de soixante-seize jours, chez une autre de quatre-vingt-trois, chez une troisième de quatre-vingt-treize; et dans un cas recueilli par M. le docteur Baron fils, dans ma division à l'Hôtel-Dieu, il y a trois ans, les premiers symptômes de la perforation eurent lieu dix-huit mois avant la mort. Dans cet espace de temps, le malade, homme de vingt-quatre ans, avait constamment entendu un bruit de glouglou dans le côté affecté, par le moindre mouvement; et ce bruit, qui existait encore au moment où il fut admis à l'hôpital, ne laissait aucun doute sur la durée de la perforation. Un exemple non moins remarquable, sous le point de vue qui nous occupe, a été recueilli à la clinique de M. Chomel, il y a douze ans. L'épanchement de liquide qui eut lieu, à une certaine époque de la perforation du poumon, fit des progrès lents, et finit par occuper le côté correspondant, dans toute sa hauteur. Les signes du pneumo-thorax disparurent complètement; les fonctions digestives prirent de l'énergie, l'amaigrissement diminua, et, plusieurs mois après l'époque à laquelle l'épanchement dont il s'agit était arrivé à son maximum, le malade quitta l'hôpital dans un état beaucoup plus satisfaisant qu'à l'époque de la perforation.

D'ailleurs, il n'est pas toujours facile, à beaucoup près, de s'expliquer les énormes différences qui viennent d'être signalées, entre le moment de la perforation et celui de la mort des sujets. Il est vrai qu'une différence notable dans les lésions qu'offrent les poumons, au moment de l'accident, coïncide quelquefois avec une différence analogue dans la durée de l'existence après la perforation: ainsi, les poumons du sujet de la 29e observation, qui a vécu trente-trois jours après l'accident, bien plus que les malades dont l'histoire vient ensuite, étaient bien moins profondément altérés

que ceux de ces derniers; mais aussi, chez les sujets des 30, 31, 39e observations, etc., la durée de l'existence, à partir de la perforation, a varié de quelques heures à dix-huit jours, bien que chez tous le désordre local fût considérable. La considération des adhérences plus ou moins serrées ou étendues entre le poumon et les plèvres costales, ne rend pas la solution du problème qui nous occupe plus facile; car ces adhérences avaient à peu près la même étendue chez tous les sujets dont l'histoire précède : et néanmoins on ne saurait douter de la part plus ou moins considérable des adhérences dans la durée de l'existence après la perforation, puisque la compression du poumon perforé est d'autant plus considérable que les adhérences sont moins étendues, que le péril est nécessairement proportionné au degré et à l'étendue de la compression.

Un autre fait important qui frappe encore, au premier abord, dans l'étude de la perforation des poumons, c'est la grande différence qui existe chez les malades relativement à l'époque de l'affection à laquelle cette perforation a lieu; de telle sorte que, chez les uns, c'est seulement après une année et plus de maladie, chez les autres après quelques mois, ou mieux quelques jours seulement, comme l'observation suivante en est la preuve.

XXXVe OBSERVATION.

Une jeune femme de vingt-trois ans fut admise dans ma division à l'hôpital Beaujon, à deux reprises différentes, et en second lieu le 28 janvier 1840. Réglée à vingt ans, habituellement bien portante, elle éprouvait néanmoins, depuis l'âge de dix-huit ans, des accès épileptiques peu intenses, mais souvent répétés. Elle ne toussait pas habituellement, n'avait pas la respiration gênée, quand elle fut prise, douze à quinze jours avant son admission à l'hôpital, d'un peu de toux, accompagnée de quelques crachats. Le 24 janvier, elle eut, pour la première fois, un frisson

qui ne réparut pas les jours suivants, et, le 26, elle fut réveillée par une *violente* douleur au côté gauche, à la réunion des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur, et par une oppression médiocre. Cependant la malade se leva, dans l'espérance de voir diminuer l'étouffement ; mais elle fut obligée de se remettre au lit une heure après, à cause de la violence de l'oppression. Le lendemain, douleur nouvelle du côté opposé. Dans les trois jours qui suivirent, la douleur et l'oppression persistèrent, la toux et les crachats diminuèrent ; la soif fut médiocre, l'anorexie complète. Il n'y eut ni nausées ni vomissements. La malade était venue à pied à l'hôpital, près duquel elle demeurait, et néanmoins elle avait été obligée, à cause de l'oppression, de se reposer plusieurs fois en chemin.

Le soir, au moment de la visite de l'interne de garde, la respiration était à 50, le pouls à 120, et une saignée de 360 grammes fut pratiquée.

Le lendemain 29, le sang tiré de la veine offrait un caillot consistant, retroussé sur les bords, environné d'une zone de sérosité de 3 centimètres, recouvert d'une couenne très ferme, jaunâtre et grisâtre ; la malade était assez calme, sans anxiété du moins, sa figure était naturelle, à part la teinte violacée des lèvres, son embonpoint médiocre ; la douleur du côté droit était peu considérable, celle du côté gauche persistait, augmentait par la toux ; celle-ci était peu fréquente, l'expectoration peu abondante, l'oppression beaucoup moindre qu'avant la saignée. Du côté gauche, le thorax offrait, antérieurement, un excès de développement manifeste sur le côté droit ; les espaces intercostaux étaient élargis, moins enfoncés qu'à droite, la percussion plus sonore que dans l'état normal, le bruit respiratoire extrêmement faible, presque nul. En arrière, du même côté, la percussion était peu sonore dans les trois quarts inférieurs, dans le dernier quart surtout ; le bruit respiratoire était très faible, superficiel, et, à la partie moyenne, on entendait, pre-

fondément, la respiration amphorique. Du côté droit, la percussion était bien sonore, tant en avant qu'en arrière; sous la clavicule, le bruit respiratoire était accompagné d'un râle sonore, et, 5 centimètres au-dessous, de quelques craquements. La succession n'amenait aucun résultat positif; la malade se couchait indifféremment à droite et à gauche; son pouls était à 120, régulier, étroit, la chaleur médiocre, sans sueur, la langue verdâtre, assez humide, la soif nulle, l'anorexie complète, l'abdomen un peu douloureux à la pression, les selles molles depuis trois jours. Rien autre chose de remarquable. (*Chiend. s. g : deux pil. de poudre de digit. de 5 centigr. ; emplâtre de diach. au côté gauche de la poit., diète.*)

Les deux jours suivants, la douleur et l'oppression diminuèrent, le pouls fut à 112, la respiration amphorique ne fut pas entendue; il n'y eut pas d'autre changement. (*Id.*)

Les 1er et 2 février, la respiration amphorique avait reparu dans une inspiration forte, sans empêcher le bruit vésiculaire d'être perçu; il y avait quelques craquements sous la clavicule droite, et peu d'oppression. Le pouls, la configuration et la sonoréité du thorax, comme le 29 janvier.

Du 3 au 8, la respiration vésiculaire fut très faible du côté gauche, sous la clavicule et en arrière, la respiration amphorique nulle, bien que le retentissement de la voix fût comme métallique dans le dernier sens, à la partie moyenne du thorax. Le 5, on entendit un bruit de flot par la succussion, en avant seulement, et la malade assura que depuis son entrée à l'hôpital, elle entendait le même bruit par le moindre mouvement. Le même jour, tant à cause de la douleur du côté gauche qui persistait, qu'à raison de la dyspnée et d'un très léger crachement de sang, qui avait lieu pour la première fois, on fit une saignée de 180 grammes, qui fournit les mêmes apparences que la première. — Le pouls varia de 112 à 108 pulsations par minute.

Depuis le 8 février jusqu'à la mort, qui eut lieu le 16 avril, au matin, voici ce qui arriva :

Du côté gauche de la poitrine, il y eut toujours, antérieurement, une saillie plus ou moins marquée, un écartement des espaces intercostaux un peu plus considérable que dans l'état normal ; la sonoréité fut très variable : le 13 février, dix-huit jours environ après le début de la perforation, elle était presque naturelle sous la clavicule, exagérée 6 centimètres au-dessous, toujours obscure en arrière dans les trois quarts inférieurs. Le 18, le son était un peu moins clair sous la clavicule gauche que sous la droite, à part contre l'articulation sternale, dans la largeur de 3 centimètres. Le 20, la percussion était obscure en arrière, au sommet et à la base de la poitrine, et très sonore à sa partie moyenne. Le 24, le son était universellement clair, à part en arrière, dans le quart inférieur ; le 28, il l'était davantage encore sous la clavicule ; le 29, il était tout-à-fait tympanique antérieurement, et, depuis lors, les résultats de la percussion n'offrirent que des changements de peu d'importance.

Les résultats de l'auscultation, du côté gauche, furent les suivants. Le 13 février on entendait, sous la clavicule, un tintement métallique, une espèce de râle amphorique profond, après la toux ; et, en arrière, supérieurement, une broncophonie non métallique. Le 15, outre le râle indiqué, il y avait une résonnance métallique qui diminuait rapidement de la clavicule aux parties placées au-dessous ; en arrière, l'exercice de la parole était accompagné d'un tintement métallique, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen, près du rachis. Le 18, il y avait à la fois respiration amphorique et broncophonie très métallique en arrière, dans plus des deux tiers inférieurs de la poitrine. Le 22, c'était comme un bruit amphorique extrêmement fin, sous la clavicule, dans une grande étendue. Le 25, la respiration était amphorique en arrière universellement. Le 28, on n'entendait aucun bruit

respiratoire antérieurement. Le 27, la respiration amphorique avait lieu antérieurement, mais seulement dans la position assise. Le 1er mars, on entendait, en outre, des bulles comme métalliques sous la clavicule, dès que la malade se couchait, après s'être tenue assise. Les 4 et 10 il y avait, dans le même point, dans la position horizontale ou assise, un tintement métallique; en arrière on entendait une respiration vésiculaire, très faible, au sommet, et la respiration amphorique dans tout le reste du côté gauche, moins forte inférieurement que supérieurement, et une résonnance métallique pendant l'exercice de la parole. Le 15, il y avait sous la clavicule quelques bulles amphoriques, sans bruit respiratoire quelconque, dans la position couchée ou assise; il en était de même en arrière, où l'on entendait, inférieurement, après la toux, un peu de râle sous-crépitant. Le 28 mars et le 5 avril, respiration amphorique, avec ou sans râle de même espèce, sous la clavicule. Le 15, la veille de la mort, la malade étant à son séant à cause de son extrême dyspnée, on entendait universellement, en arrière, même à 6 centimètres de distance des parois de la poitrine, une respiration amphorique extrêmement prononcée.

La succussion fut pratiquée sept fois jusqu'au 15 mars, par la malade elle-même, et, chaque fois, on entendit le bruit d'un liquide agité dans un espace étroit, mais seulement en avant.

L'oppression varia comme la toux et les douleurs, de manière cependant que la respiration ne se répéta jamais au-delà de quarante-huit fois par minute.

La douleur du côté droit avait complètement disparu le 7 février, et il en fut de même de celle du côté gauche, à partir du 9, à la suite d'une application de ventouses scarifiées. Il n'en a plus été question dans la suite.

Les crachats furent opaques, verdâtres, sans forme déterminée, plus abondants du 8 au 12 février que les jours

précédents. Le 12, à la suite d'un frisson qui eut lieu pendant la nuit, et revint, par intervalles, dans la matinée, la malade remplit, de quatre à sept heures du matin, au milieu d'une toux violente, deux crachoirs de crachats blancs-jaunâtres, peu aérés, sans odeur, flottant sur un liquide clair. L'expectoration fut en tout semblable la nuit suivante, un peu moindre le 14; et, le 15, la matière expectorée était blanchâtre, un peu mousseuse, recouvrait à peine le fond du crachoir. Les 19 et 20, la toux et l'expectoration étaient moindres encore, et il en fut de même les jours suivants. Dans la soirée du 17, à la suite d'un frisson qui dura une demi-heure environ, la malade rendit, au milieu d'une quinte de toux, et comme par le vomissement, une matière d'un blanc verdâtre, homogène, sans air, sans odeur, en partie filante, remplissant le crachoir. Le 29 au soir, même symptôme, sans frissons préalables. Le 2 mars, le crachoir contenait une matière verdâtre et blanchâtre, opaque, puriforme, coulante, peu abondante. Le 7, pour la première fois, les crachats qui étaient plus ou moins épais, non puriformes, médiocrement aérés, avaient une odeur d'œufs pourris, et cette odeur continua, chaque jour plus fétide, jusqu'à la mort. L'haleine de la malade en était infectée, et souvent je trouvai son crachoir vide, au moment de la visite, à cause de l'odeur qu'il répandait.

Le pouls offrit des variations assez nombreuses. A 108 environ, du 8 au 12, il était à 132 le 19 au matin, après une nuit dans laquelle la malade avait eu quatre accès épileptiques, à 136 le lendemain, après une nuit plus mauvaise encore; à 140 le 21, sans qu'on pût se rendre compte de cette grande accélération par une autre cause. Un peu moins fréquent le jour suivant, il était, de nouveau, à 140, le 27; il avait, en même temps, plus de largeur qu'à l'ordinaire, et la chaleur était élevée, bien qu'aucun symptôme nouveau ne pût expliquer ce double changement. Les 1er et 2 mars la peau était encore chaude, le pouls à 120; il bat-

tait de 112 à 100 les 10 et 12, toujours large et régulier. Le 28, il était à 145, avec quelques irrégularités ; le lendemain à 116 ; le 4 avril, à 104 ; le 8, à 96, petit et faible ; le 15 au soir, la veille de la mort, à 140, toujours régulier.

Des frissons eurent lieu, comme il a été dit plus haut, les 19, 21 et 27 février, suivis de quintes de toux et d'une expectoration plus ou moins abondante. Le dernier eut lieu le 2 mars.

L'oppression ne fut très considérable que le jour ou le lendemain des frissons, et dans les derniers jours de la vie.

A compter du 26 février, il y eut ordinairement deux ou trois selles dans la journée. La diarrhée ne fut considérable que dans la dernière semaine.

L'appétit fut généralement bon ; la malade mangeait le quart de portion, rarement plus. Elle ne prenait que du potage quand la diarrhée était un peu plus considérable que de coutume.

Elle était aux diurétiques légers, prenait des pilules de poudre de digitale quand la diarrhée survint ; alors elle fut mise aux boissons un peu astringentes, aux préparations opiacées par la bouche ou en lavements.

Elle mourut le 16 avril, ayant encore mangé avec appétit, la veille au soir, de la purée de pois. Le même jour, elle eut, vers minuit, de l'agitation, courut dans les salles, disant qu'elle voulait s'en aller ; reconduite dans son lit, l'agitation dura encore un peu ; bientôt survint le râle trachéal, et la mort eut lieu à trois heures du matin.

Ouverture du cadavre, trente et une heures après la mort. *État extérieur.* — Amaigrissement médiocre, roideur cadavérique universelle.

Tête. — Faibles adhérences entre la dure-mère et la voûte du crâne ; glandes de Pacchion médiocrement abondantes le long de la faux du cerveau. Une cuillerée à soupe de sérosité transparente dans chacun des ventricules la-

léraux. Tout l'encéphale, minutieusement examiné, parfaitement sain ; la scissure de Sylvius comme tout le reste.

Poitrine. — La configuration du thorax est restée la même que pendant la vie. Une petite incision faite aux parois de la poitrine du côté gauche, laisse échapper, avec un bruit léger, un gaz d'une odeur très fétide, semblable à celle de l'haleine de la malade pendant les derniers mois de son existence. Le poumon adhère, dans toute sa hauteur, à la gouttière vertébrale, est aplati de dehors en dedans ; sa plus grande épaisseur, qui correspond à son bord postérieur, est de 3 à 4 centimètres ; sa hauteur est de 13 à 14, tandis que d'avant en arrière il en a 10. Le reste de la cavité est rempli par un gaz fétide et un liquide purulent jaunâtre et verdâtre, plus épais à sa partie la plus déclive que partout ailleurs, évalué à 500 ou 600 grammes. L'intérieur de la cavité est tapissé par une fausse membrane d'un blanc jaunâtre, alternativement lisse et inégale, comme mamelonnée, épaisse de 1 à 3 millimètres, facile à enlever par larges lambeaux, unie à la plèvre par une sorte de filaments très ténus, grisâtres, qui se tendent d'abord, puis se rompent par un léger effort de traction, au moment où on enlève la fausse membrane ; et, dans les points correspondants, la plèvre reste tomenteuse, grisâtre, et moins transparente que dans l'état normal. Deux brides traversent la cavité qui nous occupe, et paraissent une dépendance de la fausse membrane. L'une, antérieure, longue de 25 millimètres, libre dans tout son pourtour, mince et arrondie à sa partie moyenne, épaisse à ses extrémités, unit l'articulation synchondro-costale de la cinquième côte, à la face externe du poumon, près de son bord tranchant, à 8 centimètres de son sommet. L'autre, également étendue de la face externe et un peu postérieure du poumon, à la partie correspondante des parois thoraciques, a 55 millimètres de long, la forme d'un cône allongé dont la base, tournée du côté du poumon, a 25 mil-

limètres de diamètre et s'arrête à 1 centimètre du sommet de l'organe. Ces brides, d'une couleur blanchâtre et jaunâtre à l'extérieur, d'une teinte rose à l'intérieur, se continuent avec la fausse membrane qui a été décrite, sans interruption ; et la seconde offre en outre à sa base, inférieurement, un prolongement conoïde du tissu pulmonaire, de 2 centimètres de hauteur, ayant tous les caractères du tissu pulmonaire longtemps comprimé. On voit en outre, au milieu de la face externe du poumon, un trou de 1 centimètre de large, à bords mousses et lisses, tapissé par un prolongement de la fausse membrane, laquelle s'introduit dans une espèce de canal, dont elle forme les parois, et, après un trajet de 1 centimètre, s'abouche avec la division bronchique du lobe inférieur. Le poumon est lourd et gagne le fond de l'eau ; sa coupe est peu humide, sa couleur foncée, presque noire. Des granulations grises demi-transparentes et des tubercules non ramollis existent dans les deux lobes, plus nombreux dans l'inférieur que dans le supérieur, et en avant qu'en arrière. — Le poumon droit adhère de toutes parts à la plèvre costale, au moyen d'adhérences celluleuses, serrées. Lourd, violacé, il offre, à sa surface, une multitude d'inégalités, dues à des granulations tuberculeuses du volume d'un grain de chenevis, placées sous la plèvre immédiatement. A 11 centimètres de son sommet, existe, bornée de toutes parts par des adhérences, une ouverture ovalaire, de 1 centimètre de large, qui répond à une cavité d'un diamètre double, placée tout-à-fait à la superficie du poumon, remplie d'une matière tuberculeuse, jaunâtre, demi-liquide, dont on ne trouve pas la communication avec les bronches. Tout-à-fait à son sommet, on trouve une cavité du volume d'une petite noix, et, dans les lobes supérieur et moyen, une innombrable quantité de tubercules de 2 à 5 millimètres de large, blanchâtres, friables, opaques ; tandis que le lobe inférieur n'offre que des granulations

grises demi-transparentes. — Le péricarde contient encore 60 grammes de sérosité claire. Le cœur est dans l'état normal.

Abdomen. — Le péritoine est dans l'état normal. L'estomac a un médiocre volume, contient encore une certaine quantité de purée de pois, facilement reconnaissable, et sa membrane muqueuse, partout mamelonnée, n'offre rien de remarquable. — Le reste du canal intestinal et des autres viscères n'offre rien qui s'éloigne de l'état normal.

Cette observation, qui est remarquable à tant de titres, l'est surtout à raison de l'époque à laquelle la perforation a eu lieu. Il y avait, en effet, à peine *quinze jours* que les premiers symptômes de la phthisie avaient paru, que ceux de la perforation du poumon gauche éclatèrent avec violence, par conséquent à une époque bien éloignée de celle où l'on peut s'attendre, d'après l'expérience la plus ordinaire, à voir survenir un pareil accident. Les faits de cette espèce sont heureusement bien rares, et celui-ci est le seul qui se soit présenté à mon observation dans l'espace de vingt ans, sur plus de six cents phthisiques que j'ai ouverts.

Une autre circonstance presque aussi remarquable, c'est que vingt-quatre heures après le début des premières douleurs du côté gauche, des douleurs pareilles eurent lieu à droite, dans un point où existait une cavité avec perforation; perforation sans gravité, en quelque sorte, à raison des adhérences universelles qui avaient lieu de ce côté; de manière que sans ces adhérences, les symptômes de la perforation eussent été doubles, et la mort du sujet aurait probablement eu lieu en quelques heures, bien qu'à cette époque les lésions des deux poumons fussent très bornées, les tubercules peu nombreux et peu développés.

Les adhérences du poumon gauche, bien moins étendues que celles du poumon droit, n'en ont pas moins exercé,

suivant toutes les probabilités, une influence très réelle sur plusieurs des phénomènes observés pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Ainsi, à plusieurs reprises différentes, on a constaté, dans un même point, en arrière, à peu de distance de la colonne vertébrale, une respiration vésiculaire et une respiration amphorique; ce qui avait fait supposer que le poumon n'était séparé de la plèvre costale que par une couche d'air peu épaisse: et cela avait lieu, en effet, au moyen des adhérences constatées par l'autopsie.

Le râle sous-crépitant, entendu dans le voisinage de la colonne vertébrale, s'explique aussi par les adhérences, sans lesquelles il se fût sans doute transformé en tintement métallique, suivant la remarque de M. de Castelnau.

Nul doute, d'ailleurs, que la maladie n'eût marché plus rapidement encore, à partir de la perforation, sans les brides qui unissaient le poumon gauche à la plèvre costale, d'abord d'une manière assez étroite, puis plus lâche, à la suite d'une sorte de lutte établie entre ces brides et la force comprimante de l'air répandu dans la cavité de la plèvre; lutte attestée par ces brides elles-mêmes, dont l'une offrait, à sa base, un prolongement du parenchyme pulmonaire de l'étendue de 2 centimètres, lequel prolongement supposait un tiraillement plus ou moins considérable sur la bride elle-même.

Les variations offertes par la respiration amphorique et la résonnance métallique de la voix, n'ont rien qui doive surprendre, rien qu'on ne retrouve ordinairement dans tous les phénomènes qui sont constatés par l'auscultation. Mais le fait de la respiration amphorique, entendue à distance, n'a peut-être pas encore été signalé à l'attention des observateurs; et je me demande s'il n'en est pas ainsi de la fluctuation, déterminée par les succussions, qui n'a jamais été entendue, dans le cas actuel, qu'à la partie antérieure du thorax.

Sous le point de vue anatomique, les observations qui précèdent méritent encore quelques remarques. Ainsi, la perforation a eu lieu dans les cinq sixièmes des cas, vers l'angle des troisième ou quatrième côtes, c'est-à-dire dans le point correspondant à celui où la douleur s'était fait sentir, là où les adhérences, quand elles ne sont pas universelles, finissent ordinairement. Dans les autres cas, le siège de la perforation était plus ou moins éloigné du sommet des poumons. Une seule fois, il y a deux ans, j'ai observé un cas de perforation au sommet de ces organes; et la fréquence extrême de leurs adhérences à la plèvre costale, dans ce point, explique, de reste, la rareté des perforations dans ce point.

Un autre fait mérite encore quelque attention; c'est que sur huit cas de perforation observés par moi, lors de la première édition de cet ouvrage, sept avaient lieu à gauche, où, d'après ce qui a été dit plus haut, l'affection tuberculeuse est un peu plus fréquente et assez souvent plus avancée que du côté droit. La proportion plus considérable des perforations du poumon, à gauche qu'à droite, a été confirmée par des observations ultérieures; seulement, comme on devait bien s'y attendre, à raison du petit nombre de faits observés par moi, cette proportion a été modifiée. Ainsi, M. le docteur Reynaud a trouvé que sur quarante cas de perforation du parenchyme pulmonaire, observés chez des phthisiques qui ont été ouverts, cette perforation a eu lieu vingt-sept fois à gauche et treize fois à droite; que sur dix cas semblables, dans lesquels l'autopsie n'a pas été faite, la perforation a eu lieu six fois à gauche et quatre fois à droite. En somme, sur cinquante cas de perforation des poumons chez les phthisiques, cette lésion a eu lieu trente-trois fois à gauche, et dix-sept fois à droite; proportion de 2 à 1.

Le lecteur a peut-être remarqué avec surprise que la perforation avait été unique, dans les cas cités plus haut. Il ne faut pas oublier toutefois que dans plusieurs d'entre

eux, il y avait, à la face externe du même poumon, un grand nombre de taches jaunes et blanches, qui répondaient à autant de tubercules fondus ; que ces tubercules, séparés de la plèvre par une épaisseur de moins de 1 millimètre, étaient en quelque sorte sur le point de faire irruption dans sa cavité ; et les adhérences des plèvres entre elles, surtout celles du sommet des poumons, qui sont presque constantes chez les phthisiques, indiquent suffisamment pourquoi la perforation qui nous occupe n'est pas plus fréquente. J'ajoute que les perforations multiples d'un même poumon ne sont pas très rares, et que leur forme peut différer beaucoup de celle qui existait dans les cas précédens. L'observation suivante, encore recueillie par M. Cossy, justifiera cette double assertion.

XXXVI° OBSERVATION.

Une couturière âgée de vingt-trois ans, d'une taille assez élevée, d'une constitution délicate, habituellement maigre, ayant les cheveux blonds et la peau fine, fut admise à l'hôpital Beaujon, le 7 octobre 1840. Ordinairement bien portante, elle avait été prise, après un accouchement heureux et à terme, au milieu du mois de juin, sans cause appréciable, d'une toux légère, avec douleur au-dessous et en dehors du sein gauche, d'abord peu forte, puis progressivement plus considérable. A ces symptômes s'était jointe une diminution considérable des forces, de manière que moins d'un mois après le début, qui a été fixé avec précision, la malade avait été obligée de se mettre au lit. Elle le gardait depuis trois mois, quand on la transporta à l'hôpital. L'amaigrissement avait commencé avec l'affaiblissement, malgré la conservation de l'appétit ; il y avait eu des alternatives de constipation et de diarrhée, des sueurs copieuses la nuit, sans excès de chaleur. Les règles n'avaient pas reparu ; il n'y avait eu d'hémoptysie à aucune époque. Un

large vésicatoire avait été appliqué au bras gauche, peu après le début.

Le 8 octobre au matin : décubitus dorsal un peu élevé, figure décolorée, à part une rougeur circonscrite aux pommettes ; air de fatigue et d'abattement, faiblesse extrême, au point que la malade ne peut ni se mettre à son séant ni s'aider pour y être mise, afin d'explorer sa poitrine ; intelligence développée, mémoire sûre, oppression, persistance de la douleur qui est très médiocre au côté gauche. Du même côté, antérieurement, saillie, et dépression des espaces intercostaux moindre que dans l'état normal ; sonoréité tympanique, de la clavicule au rebord des fausses côtes, sans respiration vésiculaire ou autre. En arrière, poitrine saillante et sonore comme en avant, avec sifflement à chaque inspiration, sans bruit respiratoire. A droite, sous la clavicule, la respiration est bronchique, accompagnée de quelques craquements ; les crachats sont blanchâtres, opaques, médiocrement épais ; la chaleur et la moiteur légères ; le pouls est à 124, régulier, petit ; la langue jaunâtre, l'appétit vif ; peu de soif, une selle liquide, ventre indolent, bien conformé. (*Solut. de sir. d'écorce d'orange, pot. g. opium 5 centigr., demi-vermic.*)

Du 10 octobre au 19 novembre, voici ce qui eut lieu :

La sonoréité et la saillie du côté gauche furent toujours très marquées, dans tout le pourtour de la poitrine jusqu'au 7 novembre ; et même, le 22 octobre, la sonoréité était tympanique à droite de la ligne médiane, dans la largeur de 5 à 6 centimètres. Le 7 novembre, la percussion était obscure dans la moitié inférieure, en arrière, et même tout-à-fait nulle dans les 9 centimètres les plus inférieurs.

Le 10 octobre, toujours du même côté, le bruit respiratoire était amphorique, et d'un timbre si clair qu'il rappelait les sons de l'harmonica. Le lendemain, on entendait seulement, en arrière, quelques bulles de râle amphorique. Du 12 au 22, il n'y eut aucune espèce de bruit respira-

toire en avant, tandis qu'en arrière on percevait un bruit respiratoire vésiculaire, faible, près de la colonne vertébrale, avec ou sans quelques bulles de râle sous-crépitant, inférieurement. Le 28, le bruit de l'inspiration était nul en avant, où l'expiration était prolongée, et le retentissement de la voix métallique. Les 30 et 31, l'exercice de la parole était suivi d'un bruit amphorique argentin, très marqué. Les 2 et 4 novembre, la respiration était amphorique, à la suite de la toux seulement, et la résonnance de la voix, universelle et métallique. Le 7, le bruit respiratoire était amphorique en arrière, après l'exercice de la parole; vésiculaire, très faible au sommet; et, quand la malade passait du décubitus assis à la position horizontale, on entendait, pendant quelques secondes, en avant, sous la clavicule gauche, quelques bulles qui crevaient avec un timbre métallique, sans aucun bruit respiratoire. Le même silence avait lieu antérieurement, le 9; tandis que, le 14, on y entendait un murmure ou une respiration amphoriques, dans les grandes inspirations. Le 17, l'avant-veille de la mort, le bruit respiratoire était amphorique en avant, où l'on entendait une sorte de pectoriloquie métallique. En arrière, la respiration amphorique était très marquée pendant la toux ou l'exercice de la parole; et, par intervalles, aussi, pendant la toux, on entendait, à distance, un bouillonnement marqué.

L'oppression qui avait été très médiocre jusqu'au 7 novembre, fut plus ou moins considérable à partir de cette époque.

Les crachats furent plus ou moins abondants, verdâtres, blanchâtres, sans odeur, jusqu'au 16 novembre. Le 17, quelques uns de ceux qui avaient été rendus la veille, étaient d'un beau rouge spumeux.

Du 15 octobre au 17 novembre, le pouls varia de 116 à 88 pulsations, toujours régulier, ordinairement faible et petit, rarement un peu développé. La chaleur fut toujours

médiocrement élevée et ordinairement un peu humide.

La faiblesse fut un peu moins marquée dans les jours qui suivirent l'entrée de la malade à l'hôpital, qu'à cette époque; et, quoique très considérable le 7 novembre, elle ne l'était pas assez pour empêcher la malade de se mettre seule à son séant, ce même jour.

La douleur, qui était restée peu considérable jusqu'au 1er novembre, fut assez forte dans les trois jours qui suivirent, pendant lesquels les sueurs furent plus copieuses que dans ceux qui avaient précédé ou dans ceux qui suivirent. Elle diminua ensuite, pour redevenir encore très considérable le 17, la veille de la mort.

Le 22 octobre, la langue, la face interne des lèvres et des joues, qui étaient douloureuses depuis vingt-quatre heures, offraient une exsudation pultacée, sous forme de petits points blancs, entre lesquels la membrane muqueuse était d'un rouge plus ou moins vif. Le 28, la langue, tout en offrant le même aspect, était un peu moins douloureuse; du 7 au 14 novembre, elle était humide et nette. — L'appétit fut assez bon jusqu'au 8 ou 10 novembre, et, jusqu'à cette époque, la malade mangea presque tous les jours deux potages avec un œuf frais et un peu de pain. La diarrhée qui existait, lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, fut toujours peu considérable.

Le grand trochanter droit, sur lequel la malade était habituellement couchée, offrait une escarre de 2 centimètres de diamètre, le 14 novembre, et, le même jour, on observait une vive rougeur au sacrum.

Les préparations opiacées furent continuées jusqu'à la mort, et, le 5 novembre, on leur adjoignit l'acétate de plomb cristallisé, pour combattre les sueurs nocturnes, devenues beaucoup plus considérables qu'auparavant.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE ET UNE HEURES APRÈS

LA MORT. *État extérieur.* — Amaigrissement considérable, ventre plat et verdâtre ; roideur cadavérique nulle.

Cou. — Le larynx et la trachée-artère dans l'état normal.

Thorax. — Côté gauche saillant, élargi dans toute sa hauteur, sans dépression des espaces intercostaux, donnant un son tympanique. Une petite ouverture, pratiquée à l'un de ces espaces, laissa échapper, avec un léger bruit, un gaz d'une odeur d'œufs pourris. Un tiers de la cavité correspondante était rempli par un liquide de même odeur, opaque, floconneux, d'un jaune verdâtre ; le reste, par des gaz et le poumon, qui était aplati de dehors en dedans et adhérait à la gouttière vertébrale dans toute sa hauteur. Une fausse membrane molle, sans trace d'organisation, tapissait l'intérieur de la cavité, le poumon comme tout le reste, et les deux brides dont il va être question. Ces brides étaient celluleuses et aplaties, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, de 1 à 2 centimètres de largeur. L'une s'étendait, de l'extrémité sternale de la première côte, au bord antérieur et au sommet du poumon ; l'autre, un peu moins longue, placée en arrière, allait, de la partie moyenne de la deuxième côte, à la partie correspondante de la face externe du poumon. Cet organe, qui n'avait pas au-delà de 4 à 5 centimètres d'épaisseur à sa base, se précipitait, sans oscillation, au fond de l'eau, et offrait, à sa partie inférieure et externe, 12 à 15 crevasses ou fissures irrégulières, qui étaient remplies de matière tuberculeuse, ou vides, et laissaient échapper l'air qu'on insufflait dans le poumon par les bronches, sans distendre le parenchyme pulmonaire. Trois autres crevasses ovalaires, de 5 à 8 millimètres dans leur grand diamètre, encore remplies de matière tuberculeuse, existaient à la face postérieure du poumon, et, dans les points correspondants, la plèvre costale était également détruite. Des coupes multipliées, faites dans le parenchyme pulmonaire, offraient une couleur blanchâtre et jaunâtre, poin-

tillée de noir, due à la matière tuberculeuse devenue friable, séparée en compartiments irréguliers par des cloisons noirâtres qui étaient constituées par le tissu pulmonaire. Un jet d'eau un peu fort, dirigé sur ces coupes, entraînait la matière tuberculeuse, et ne laissait, à sa place, qu'une vaste cavité anfractueuse, irrégulière, divisée en plusieurs loges, par des cloisons incomplètes qui étaient formées par un tissu noirâtre, friable en quelques points, plus résistant dans d'autres, n'offrant nulle part la disposition vésiculaire du parenchyme pulmonaire. Les mêmes altérations existaient dans le lobe inférieur, à un degré un peu moins avancé. — Le poumon droit était complètement libre d'adhérences et très léger. Les vésicules, plus ou moins dilatées dans toute sa superficie, avaient, à son sommet et dans les scissures, jusqu'à 2 millimètres de diamètre, un peu plus ou un peu moins de 1 millimètre ailleurs, au bord tranchant, comme dans le reste de la superficie de l'organe. Le lobe supérieur offrait, à son sommet, une excavation large de 3 centimètres, remplie d'une matière verdâtre et opaque, et, dans le reste de son étendue, des tubercules arrondis, d'un blanc jaunâtre, friables, disséminés ou réunis en masse, et une dernière agglomération plus superficielle et plus considérable, entourée d'un tissu rouge, friable, grenu, hépatisé. Il n'y avait, dans les deux autres lobes, que des granulations grises demi-transparentes, isolées ou réunies au nombre de trois, quatre, ou même plus. — Le cœur était dans l'état normal; le péricarde contenait à peine 15 grammes de sérosité citrine, et dépassait la ligne médiane, du côté droit, de 8 centimètres.

Abdomen. — 300 grammes de sérosité citrine, bien claire, dans le petit bassin; péritoine dans l'état normal. Estomac un peu volumineux; sa membrane muqueuse en contact avec un mucus filant et grisâtre, très ramollie et amincie dans le grand cul-de-sac, au point de n'y pas donner de lambeaux; dans l'état normal ailleurs. — Ulcérations irré-

gulières, nombreuses, à fond blanchâtre et formé par le tissu cellulaire sous-muqueux, dans les 79 derniers centimètres de l'intestin grêle. La valvule de Bauhin est transformée en une vaste ulcération, du fond de laquelle s'élèvent des végétations molles et rougeâtres. — Le gros intestin n'offre rien de remarquable, à part quelques saillies dues à des cryptes. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Ainsi, comme cela avait été dit, les perforations étaient multipliées, au nombre de quinze, et elles avaient, en outre, la forme d'un sillon allongé; forme bien différente de celle qui est ordinaire, et qui tenait peut-être uniquement à ce que, chez le sujet qui nous occupe, la matière tuberculeuse était infiltrée, et non déposée sous forme de petites tumeurs plus ou moins distantes ou rapprochées les unes des autres. Il est bien probable, d'ailleurs, que ces nombreuses perforations ont eu lieu successivement, sans quoi les symptômes que nous devons leur rapporter eussent été plus graves, et la mort en eût été plus promptement la suite.

Du reste, ici comme dans l'observation précédente, il y avait des adhérences anciennes à la partie postérieure du poumon perforé; adhérences qui empêchèrent, sans doute, pendant un certain temps, la compression du parenchyme pulmonaire d'être complète à leur niveau, et permirent de percevoir, dans ce point, la respiration vésiculaire.

Quant aux bulles qui semblaient éclater à la surface d'un liquide, quand le malade passait de la position assise à la position horizontale, il semble qu'on doive en conclure que le tintement métallique, toujours dû à des bulles éclatant avec plus ou moins de force, peut bien avoir un siége varié.

Dans ce cas comme dans le précédent, la matière épanchée dans la plèvre était un véritable pus, d'une odeur très fétide: mais ici, l'expectoration et l'haleine du malade n'en furent pas atteints, très probablement à raison de la

difficulté de la communication de la plèvre avec les bronches, communication qui ne put être démontrée sur le cadavre qu'à l'aide de l'insufflation.

La marche de l'épanchement n'a pas été rapide dans ces deux derniers cas ; mais il n'en est pas toujours de même, à beaucoup près. Ainsi, l'épanchement était considérable chez la femme qui fait l'objet de la 31ᵉ observation, et qui succomba vingt-quatre heures après la perforation, bien que douze heures avant sa mort la percussion de la poitrine rendit un son fort clair dans tout le côté affecté ; en sorte qu'ici, l'épanchement se sera formé en moins de douze heures. Il en a encore été de même pour une autre malade (Obs. 32), chez laquelle l'exhalation de sérosité, pour s'être faite (en quantité appréciable du moins) longtemps après la perforation, n'en a pas été moins rapide. Toutefois, ces faits n'ont rien d'extraordinaire ; ils rappellent seulement la promptitude avec laquelle se fait l'épanchement dans beaucoup de cas de pleurésie simple ; ils en sont une preuve plus nette encore que celle qu'on peut acquérir pendant la vie au moyen de l'auscultation et de la percussion ; ils sont parfaitement d'accord avec ce qui a lieu dans la cure radicale de l'hydrocèle par injection, après laquelle se forme, dans l'espace de quelques heures, un épanchement considérable de sérosité purulente, dans la tunique vaginale du testicule.

Remarquons encore que dans les cas où la mort est arrivée vingt-quatre heures après la perforation, une fausse membrane molle, et peut-être déjà organisée, recouvrait le poumon et la plèvre dans toute leur étendue.

Je ne m'arrêterai pas sur d'autres particularités relatives aux observations exposées dans cet article, et qui sont dignes de quelque attention ; je dirai seulement que dans ces cas, comme dans ceux de mort subite, l'épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux a été fort peu consi-

dérable ; que malgré la gêne apportée subitement, et quelquefois plusieurs jours de suite, dans la circulation, les membranes muqueuses n'ont pas été plus rouges que dans les cas où la circulation était beaucoup moins gênée ; ce qui semble indiquer que les obstacles à la circulation doivent avoir existé longtemps, pour produire l'engorgement des vaisseaux mésentériques et de la membrane muqueuse, qu'on leur attribue dans beaucoup de cas.

CHAPITRE II.

MARCHE DE LA PHTHISIE.

La phthisie, comme les autres maladies chroniques, peut offrir de nombreuses différences dans sa marche : ainsi, nous l'avons vue conduire à la mort dans un espace de temps qui a varié de trois mois à vingt ans ; et la tendance de cette maladie à se généraliser, qui fait un de ses principaux caractères, par suite de laquelle les tubercules peuvent se développer simultanément ou successivement dans les différents points de l'économie, cette tendance est évidemment une des causes les plus puissantes des variations dont il s'agit. On a vu, en effet, que des granulations grises demi-transparentes peuvent se développer dans les méninges à toutes les époques de la phthisie, et amener promptement la mort, à compter de leur début. Il faut en dire autant, bien qu'à des degrés divers, des pleurésies causées par les tubercules développés sous les plèvres immédiatement, et de la péritonite tuberculeuse. La tendance aux ulcérations, qui est aussi un des caractères les plus remarquables de la phthisie, peut encore, indépendamment de l'état des poumons, accélérer de beaucoup la marche funeste de la maladie, soit que ces ulcérations aient leur siége dans les voies aériennes ou dans les voies digestives. Mais indépendamment de ces lésions accessoires à celles des poumons, la phthisie peut

amener la mort dans un espace de temps moindre de trois ans; celle-ci peut surprendre le malade et le médecin, être subite en quelque sorte; ou bien, la phthisie peut parcourir sa marche sans être accompagnée de la plupart des symptômes qui lui servent de cortége habituel. Il importe d'étudier ces points principaux de la marche de la maladie; et pour le faire, j'exposerai dans autant d'articles, quelques faits relatifs à la phthisie aiguë, aux morts subites, et aux cas dans lesquels l'affection a une marche latente.

Art. 1. Phthisie aiguë.

XXXVIIe OBSERVATION.

Une fille âgée de dix-huit ans, d'une constitution assez forte, ayant les cheveux châtains, les chairs fermes et un embonpoint convenable, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 29 avril 1822. Elle était rarement enrhumée, ordinairement bien portante, et malade depuis quinze jours seulement, lors de son admission à cet hôpital. Au début: frissons avec tremblement, suivis de chaleur et de sueur; les frissons se renouvelèrent plusieurs fois dans la suite, la chaleur fut plus ou moins forte, la soif considérable; il y eut des nausées par intervalles, plus rarement la malade rendit quelques gorgées de bile; l'anorexie fut complète, la constipation fréquente; l'affaiblissement augmenta en proportion des autres symptômes; enfin, au *dixième jour* de la maladie, il y eut un peu de toux et quelques crachats. Les règles, établies à l'âge de quinze ans, n'avaient pas reparu depuis trois mois; la malade ne s'était pas alitée.

Le 30 avril: visage animé, céphalalgie gravative, lassitudes dans les membres; respiration haute et accélérée (quarante-quatre mouvements respiratoires par minute), toux fréquente, crachats demi-opaques, un peu verdâtres, médiocrement aérés; douleurs au milieu du sternum et sous la clavicule gauche; râle sonore des deux côtés de la poitrine: pouls accéléré (cent trois pulsations) sans largeur ni

dureté; chaleur intense, sueur la nuit; langue rouge au pourtour, blanchâtre au centre; bouche sèche, pâteuse et amère, soif vive, anorexie, une selle liquide pendant la nuit. (*Douze sangsues à la vulve, viol. édul. acid.*; *sol. de sir. de g.*; *lav. émol. bis.*)

Le 1er mai : augmentation du malaise habituel, douleur au côté droit de la poitrine, crachats abondants, verdâtres, un peu striés de lignes jaunes; même résultat de l'auscultation que la veille. (*Catapl. loco dol.*)

Le 2 : aucun changement remarquable, sueur la nuit, un peu de diarrhée, quelques sudamina. (*Vésic. loco dol.*)

Dès lors jusqu'au 19 mai, jour de la mort, la maladie marcha d'une manière rapide et toujours égale; la respiration fut haute et fréquente, de manière à se répéter successivement cinquante-trois, et même soixante fois par minute; la toux fut très forte et ordinairement davantage la nuit que le jour; les crachats furent plus ou moins abondants, muqueux, aérés, ou entièrement opaques, verdâtres, sans air et striés de lignes jaunes; la poitrine, percutée à différentes reprises, rendit un son clair; du côté droit on entendait beaucoup de râle muqueux le 7; le 10, un peu de crépitation autour de la mamelle, et le bruit respiratoire y était moins fort que du côté gauche. Le 18, il y avait une sorte de claquement humide à chaque inspiration, dans presque toute la partie antérieure de la poitrine, et un peu de crépitation du côté gauche.

Le pouls devint tous les jours plus accéléré; le 16, on comptait cent soixante-quatre pulsations par minute, la chaleur était forte et sèche; il y eut régulièrement des sueurs pendant la nuit jusqu'au 12.

L'anorexie persista, la soif fut très vive, en sorte que la malade buvait de cinq à six litres de tisane en vingt-quatre heures; elle eut des nausées, quelques vomissements de bile, des douleurs à l'épigastre dans les sept derniers jours, et constamment un peu de diarrhée.

Le malaise fut continuel et progressif. La figure exprimait l'étonnement, était pâle; les traits s'écoulèrent vers le 16. Dans la nuit du 18 au 19 la parole devint embarrassée, il y eut un peu de délire; la malade poussait des cris, appelait à son secours, afin d'être *débarrassée de son mal de poitrine.* Elle expira le 19, à trois heures du matin.

Le vésicatoire se dessécha quelques jours avant la mort. Les premières boissons furent continuées; on ordonna fréquemment des lavements de graine de lin, et, dans la dernière semaine, la sécheresse de la peau engagea à essayer l'effet de quelques bains tièdes, donnés près du lit de la malade

Ouverture du cadavre, vingt-quatre heures après la mort. *État extérieur.* — Roideur cadavérique très prononcée; deuxième degré de marasme.

Tête. — Légère infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau parfaitement sain.

Poitrine. — Le poumon gauche offrait quelques adhérences en arrière; son lobe supérieur contenait un assez grand nombre de granulations grises demi transparentes et de petites masses tuberculeuses non ramollies, entourées d'un tissu légèrement engoué: l'engouement était plus marqué à la base du lobe inférieur, qui contenait peu de granulations. Le poumon droit adhérait universellement à la plèvre costale, était transformé, à sa base, dans presque tout son pourtour, en une masse de matière tuberculeuse faiblement nuancée de rose, de 6 centimètres de hauteur sur une largeur égale, creusée, à son centre, d'une espèce de canal anfractueux, au milieu duquel se trouvait un liquide assez épais, peu abondant, couleur lie de vin. Dans le reste de son étendue ce poumon offrait un grand nombre de granulations grises demi-transparentes et de petits amas de matière tuberculeuse un peu ramollie: son tissu était légèrement engoué.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac était enduite d'un mucus visqueux dans les environs du pylore, et offrait quelques marbrures rougeâtres dans le grand cul-de-sac. — L'intestin grêle, le colon et les autres viscères de l'abdomen étaient dans leur état naturel.

Dans cette observation, le passage de la santé à la maladie a été subit; le moment où a cessé l'une, et celui ou a commencé l'autre, ne sauraient être douteux; en somme, l'affection a duré trente-cinq jours, et la toux vingt-cinq seulement. La violence des accidents n'est pas moins remarquable que la rapidité du cours de l'affection : c'est d'abord un mouvement fébrile très intense, auquel se joignent, après dix jours de durée, des symptômes de catarrhe, la toux, des crachats, l'oppression; celle-ci augmente rapidement; au sixième jour de la toux, la respiration se répète quarante-sept fois par minute, et cette accélération permanente est encore portée plus loin les jours suivants; la chaleur est très considérable, le pouls très accéléré; tout indique une affection aiguë des poumons. Cependant la poitrine rend toujours un son clair; les résultats de l'auscultation sont à peu près négatifs, n'indiquent point un catarrhe pulmonaire intense, et peuvent seulement faire soupçonner, dans les derniers jours de la vie, un premier degré de péripneumonie, incapable d'expliquer les accidents qui ont précédé ou ceux qui existent. Dans cet état de choses, était-il possible de reconnaître la nature de l'affection?

Sans doute l'auscultation aurait pu être pratiquée avec plus de soin; j'aurais dû étudier les effets de la voix dans toute l'étendue de la poitrine; mais cette exploration supposée, en eussé-je été plus capable d'arriver au diagnostic? Je ne le crois pas. Et, en effet, en admettant l'existence d'un retentissement plus ou moins considérable de la voix à la partie inférieure du poumon droit, il aurait fallu, pour l'attribuer à l'excavation existante, supposer, contre la

règle (1), que la matière tuberculeuse s'était développée de la base au sommet du poumon, qu'elle était plus avancée dans la première partie que dans la seconde, ce qui n'était guère possible; de manière que tout semblait réuni pour tromper l'observateur, la violence des accidents et la marche inaccoutumée de la lésion. L'absence des symptômes propres à la pleurésie et à la péripneumonie, jointe à l'aspect des crachats, fit penser un instant à la phthisie; mais trop de circonstances semblaient repousser cette idée, pour que M. Chomel, à qui elle se présenta, pût y donner quelque suite. Toutefois, ce fait ne doit pas être perdu pour nous; il relève encore l'importance des crachats comme signe diagnostique, et montre combien il est utile d'en observer exactement les caractères.

Il est d'ailleurs fort remarquable que, malgré l'extrême rapidité avec laquelle les tubercules se sont développés, il n'y ait pour ainsi dire pas eu d'inflammation à leur pourtour, et en particulier dans le poumon droit.

Je ne m'arrêterai pas aux symptômes gastriques, vu la manière extrêmement incomplète et superficielle dont les organes digestifs ont été décrits. Toutefois, je remarquerai que les vomissements de bile, réunis aux vergetures de la membrane muqueuse de l'estomac, pourraient faire soupçonner un état pathologique plus ou moins grave de ce viscère : mais qu'est-ce que des soupçons là où il faudrait des faits bien constatés?

Dans l'observation suivante, l'affection tuberculeuse n'a pas été la cause immédiate de la mort, mais elle a débuté avec la même violence que dans celle dont il vient d'être question, et c'est le motif qui m'engage à ne pas l'en éloigner.

(1) Des cent vingt-trois observations qui font la base de ce travail, celle-ci est le seul exemple du développement de la matière tuberculeuse de la base au sommet des poumons.

XXXVIII° OBSERVATION.

Un maître de piano, âgé de quarante-six ans, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, ayant la poitrine large et un embonpoint assez prononcé, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 6 octobre 1823, alors malade depuis trois semaines. L'affection avait débuté, sans cause connue, au sortir d'un repas modéré, par un tremblement, bientôt suivi de chaleur; et, depuis, celle-ci avait toujours été plus ou moins considérable. Après les premières vingt-quatre heures, la respiration était devenue difficile, la dyspnée avait fait de continuels progrès, il s'y était joint, par intervalles, un peu de toux. Dans les derniers huit jours, la soif avait été extrêmement vive et l'anorexie complète. D'ailleurs, point de sensation pénible à l'épigastre, de nausées ou de vomissements; selles rares.

Le 7 octobre: expression de malaise, mêlée à un air d'apathie; lenteur dans les réponses, céphalalgie, mouvements respiratoires bornés et fréquents, oppression forte, toux rare, quelques crachats muqueux et médiocrement aérés; bruit respiratoire faible et sans râle, sous la clavicule droite, naturel dans le reste de la poitrine; chaleur médiocre, pouls à quatre-vingts pulsations par minute; langue jaunâtre au centre, naturelle au pourtour, anorexie, soif peu considérable, ardeur, sécheresse au pharynx, déglutition facile, nulle douleur à l'épigastre, constipation. (*Vod. av. le sir. de g.; pot. g. oxym.; lav. de lin.*)

Les crachats étant légèrement visqueux, on ordonna une saignée de 300 grammes le lendemain.

Le 9, l'expectoration était un peu plus facile, l'oppression à peu près au même degré que le premier jour, les résultats de la percussion et de l'auscultation n'avaient pas changé; la langue était un peu rouge au pourtour, la sécheresse et l'ardeur au pharynx étaient considérables; celui-ci et les amygdales assez vivement colorés, la déglutition diffi-

cile, la soif médiocre, la chaleur forte, le pouls plus fréquent que d'ordinaire (cent quatre pulsations par minute). Le sang tiré la veille était couvert d'une couenne légèrement grisâtre, de 2 millimètres d'épaisseur. (*Inf. pect. oxym.; pot g. oxym. scill.* 16 *gram.; vésic. de* 16 *centimètres à la partie antér. du thor.*)

Le lendemain, la chaleur générale était diminuée, le pouls un peu moins fréquent que la veille.

Le 11 : crachats légèrement visqueux, blancs, aérés; respiration dans le même état apparent que le 9; on n'entendait de crépitation dans aucun point, et la poitrine rendait un *son clair dans toute son étendue*; le pouls était un peu faible, médiocrement accéléré (quatre-vingt-seize pulsations par minute); l'état du pharynx et des amygdales stationnaire, le malaise augmenté, les mouvements difficiles et incertains. Il y avait eu deux selles liquides. (*Collut. adouc.*)

Le 12, la fréquence du pouls avait un peu diminué, la figure exprimait l'abattement, la parole était lente, la luette infiltrée; le malade ne se plaignait que d'une chaleur incommode au pharynx et le long du cou.

Pas de changement appréciable le jour suivant. Le 14, on entendait une espèce de bruit de soufflet dans une bonne partie de la poitrine; les crachats étaient visqueux, blancs ou grisâtres; le pouls très accéléré; la langue dure, sèche et fendillée; l'ardeur du pharynx toujours la même, sa rougeur et celle de la luette un peu moindres qu'à l'ordinaire; le malaise et l'anxiété croissaient, la figure était uniformément rouge. Il y eut un peu de délire la nuit, et, le lendemain, à dix heures du matin, le malade mourut.

Il avait eu, tous les jours, deux selles liquides; toutes les nuits sa tête était inondée de sueur, son ventre était demeuré indolent.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA

mort. *État extérieur.* — Rien de remarquable que le bon état des chairs.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable; distension des veines cérébrales supérieures; pie-mère médiocrement injectée; cerveau très ferme, sablé de sang; une cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux.

Cou. — Amygdales saines; luette un peu épaissie; destruction partielle de l'épiglotte du côté gauche, dans une hauteur de 5 millimètres et une largeur un peu moindre; membrane muqueuse du larynx dans l'état naturel; celle de la trachée-artère d'un rouge vif à sa partie inférieure, et d'une bonne consistance.

Poitrine. — Poumons volumineux, plus ou moins violacés. Le gauche était libre, le droit adhérait d'une manière faible dans quelques points. Leur tissu était rouge, grenu dans la plus grande partie de leur étendue, friable du côté droit surtout, plus ferme au sommet qu'à la base, et cédait, par la pression, un liquide épais, couleur lie de vin, un peu aéré inférieurement. Ils offraient l'un et l'autre une infinité de granulations demi-transparentes, dont le volume décroissait des parties supérieures aux inférieures; opaques, jaunâtres à leur centre; de la grosseur d'un grain de chènevis dans le premier sens, de celle d'un grain de millet et d'une demi-transparence complète dans le second. Les bronches étaient minces et leur membrane muqueuse parfaitement saine, sauf cette légère couleur violacée qu'on trouve si ordinairement chez les sujets dont la respiration a été gênée, longtemps avant la mort. — Le cœur était un peu mou. l'aorte présentait quelques plaques jaunâtres.

Abdomen. — Il y avait des ulcérations arrondies, de 2 millimètres de diamètre environ, dans toute la longueur de l'œsophage; et la membrane muqueuse était entièrement détruite dans le point correspondant. L'estomac était volumineux; sa membrane muqueuse d'une couleur rouge

orangé, un peu ramollie dans la moitié du grand cul-de-sac, et amincie dans quelques points de la même région : ailleurs elle était inégale, mamelonnée, grisâtre, offrait des sillons de 3 à 6 centimètres de longueur sur 2 millimètres de large environ; avait à peine, à leur niveau, le quart de l'épaisseur qu'elle présentait au niveau des mamelons. — Le duodénum était un peu rouge, sans offrir autre chose de remarquable. — L'intestin grêle était parfaitement sain, à part un petit abcès sous-muqueux de la grosseur d'un pois. La membrane muqueuse du gros intestin était dans le même état d'intégrité, à quelques faibles rougeurs près. — Le foie était mollasse et d'une couleur fauve; la rate un peu volumineuse; le reste sain.

Quel que soit le jour auquel on doive faire remonter le début de la péripneumonie, le malade a succombé à cette affection et non à la phthisie; mais il me semble qu'à une certaine époque, les tubercules étaient la lésion unique des poumons, qu'ils ont donné lieu aux premiers symptômes fébriles, se sont développés d'une manière aiguë; que la péripneumonie peut être considérée comme le résultat de leur développement rapide, qu'ils en ont été la cause occasionnelle. Et en effet, du 7 au 11 inclusivement, c'est-à-dire jusqu'au quatrième jour qui précéda la mort du sujet, la respiration était naturelle du côté gauche de la poitrine, un peu faible à droite, et, nulle part, il n'y avait de râle crépitant ou d'une autre espèce. Qu'il eût existé, à cette époque, un noyau péripneumonique assez profondément placé pour qu'on n'entendît pas la crépitation, la force du bruit respiratoire aurait plutôt augmenté que diminué à la superficie des poumons. D'ailleurs, une inflammation aussi bornée que je le suppose, ne rendrait pas un compte satisfaisant de la violence des symptômes, et surtout de la dyspnée; la poitrine était sonore dans toute son étendue, le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital et le 11 octobre; l'hépa-

tisation avait le même caractère, était au même degré de développement dans toute l'épaisseur des poumons, semblait avoir eu lieu simultanément et non d'une manière successive; et, par toutes ces raisons, il me semble qu'on ne saurait faire remonter le début de la péripneumonie au-delà du quatrième jour qui a précédé la mort; que, dès lors, la fièvre, l'oppression, la toux, antérieures à cette époque, doivent être attribuées au développement très rapide des tubercules. Ce début vraiment formidable, et sa ressemblance avec celui de l'affection qui fait l'objet de la précédente observation, doivent porter à croire que si la péripneumonie n'eût pas abrégé les jours du sujet, l'affection tuberculeuse eût encore été très promptement mortelle.

On ne saurait non plus imaginer qu'à l'époque à laquelle l'oppression et la fièvre se sont manifestées, les tubercules existassent depuis un certain temps; car avant le début des accidents qui ont eu lieu du côté de la poitrine, le malade se portait *parfaitement* bien; et l'on ne concevrait pas qu'un si grand nombre de granulations pût exister sans produire un trouble quelconque dans l'exercice des fonctions: en sorte que tout indique que l'affection tuberculeuse dont il s'agit a eu une marche très rapide.

L'état inflammatoire du larynx et les ulcérations de l'œsophage auront sans doute contribué, à une certaine époque, au malaise et à l'anxiété du malade; et c'est sûrement à la dernière de ces lésions qu'il faut rapporter la sensation incommode qu'il éprouva le long du cou.

L'observation suivante, qui a beaucoup de ressemblance avec celle-ci, à raison de la cause immédiate de la mort, est surtout remarquable par la rapidité de la marche de la maladie, qui est devenue mortelle après vingt jours de durée seulement.

XXXIXe OBSERVATION.

Un porteur d'eau, âgé de trente ans, d'une constitution

médiocrement forte, ordinairement bien portant, à part quelques rhumes de peu de durée, ayant encore ses père et mère, âgés de soixante-dix à quatre-vingts ans, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 23 janvier 1826. Ne faisant que bien rarement quelques excès de vin, il accusait quinze jours de maladie et avait gardé le lit pendant les quatre derniers. Avant l'époque indiquée, toutes ses fonctions, interrogées avec soin, s'exécutaient avec une régularité parfaite. Au début, le malade avait éprouvé un frisson violent accompagné de tremblement, quelquefois renouvelé les jours suivants, une chaleur assez vive dans l'intervalle des frissons, rarement un peu de sueur, et une toux qui n'avait pas discontinué. Dès la même époque aussi, l'anorexie avait été complète, il y avait eu deux selles liquides par jour, sans coliques, sans douleurs épigastriques, la faiblesse avait fait des progrès non interrompus, au point, comme je l'ai dit, que le malade avait été obligé de garder le lit pendant les quatre jours qui avaient précédé son entrée à l'hôpital.

Le 24 janvier, après une nuit un peu agitée, dans laquelle il avait eu un délire tranquille cependant, le malade avait la figure rouge, avec une légère expression d'étonnement et de stupeur, les yeux brillants et un peu injectés, l'oreille fine, sans bourdonnements, les jambes et les reins un peu douloureux, comme depuis le début; l'intelligence était en très bon état, la langue naturelle à son pourtour, rougeâtre et villeuse au centre, humide partout; la bouche pâteuse et amère, l'appétit nul, la soif vive, bien que les boissons froides ne pussent être supportées; le ventre indolent, bien conformé; la chaleur un peu forte, le pouls à 104; les crachats peu abondants, largement aérés, sans être visqueux; le bruit respiratoire n'offrait rien d'évidemment anormal à droite et à gauche, antérieurement; il y avait eu trois selles liquides. (*Saignée de* [illegible] *gommes; viol.* [illegible] *g.; pot. g.; catapl. sinap.* [illegible]*.*)

Le 25, après une nuit agitée, dans laquelle le malade parla souvent, à voix peu élevée toutefois, le sang tiré la veille était sans retrait et sans couenne la respiration haletante, les crachats comme la veille; on entendait, à droite et à gauche de la poitrine, en arrière, dans son tiers inférieur et dans tout son pourtour, un râle crépitant assez fin; le sujet se plaignait de mal de gorge, et le voile du palais était effectivement plus ou moins rouge et sans humidité; les membres étaient agités de mouvements involontaires, dès qu'ils n'étaient plus soutenus dans toute leur longueur: il y avait eu plusieurs selles liquides dans le cours de la journée

L'agitation fut considérable la nuit suivante, en sorte qu'on fut obligé de maintenir le malade dans son lit, avec le gilet de force. Le 26 au matin, son délire continuait, il ne répondait pas aux questions qui lui étaient adressées, s'indignait d'être traité comme un fou, de ne pouvoir vaquer à ses affaires; la respiration était haute et fréquente; on entendait en arrière, du côté gauche, dans les trois quarts inférieurs de la poitrine, une crépitation fine qui avait lieu aussi à droite, mais dans une étendue moindre de moitié; la langue était brunâtre avec des stries blanchâtres. (*Saignée de 500 gramm., catapl. sinap.*)

Peu après la saignée, qui fut assez facile, le malade arracha les pièces du pansement, et il s'écoula encore une assez grande quantité de sang, 250 grammes environ.

Le délire n'en continua pas moins, et, le lendemain 27, le malade, qui savait encore son nom, se rappelait à peine celui de la rue où il demeurait, assurant, d'ailleurs, ne souffrir nulle part. Des mouvements spasmodiques avaient lieu, par intervalles, dans les membres; le pouls était régulier, à 120, la chaleur forte, la respiration très accélérée, la crépitation comme la veille, la percussion de la poitrine assez sonore, la langue un peu sèche, sans aridité, le ventre souple et bien conformé. (20 *sangsues derrière les oreilles,*

glace sur la tête, cataplas. sinap. aux membr. infér.)

La glace fut maintenue appliquée une partie du jour, l'écoulement du sang fut assez considérable, sans que le délire en parût modifié un seul instant. Le malade poussa des cris une partie de la nuit.

Le lendemain 28, au moment de la visite, ses membres étaient agités de mouvements spasmodiques continuels, depuis trois heures; ses paupières fermées, même quand il essayait de balbutier quelques réponses aux questions qui lui étaient adressées; sa langue était molle et d'une couleur assez naturelle, quoique sèche, et il ne pouvait qu'à grand'peine lui faire dépasser les arcades dentaires; la crépitation était la même que la veille et avait lieu en avant comme en arrière. (*Petit-lait émulsionné; glace sur la tête.*)

L'agitation diminua un peu dans le cours de la journée, et, le lendemain matin 29, le malade, libre du gilet de force, avait la figure un peu rouge, avec une expression d'étonnement très marquée, montrait assez bien sa langue, laquelle était naturelle au pourtour et blanchâtre au centre; il répondait confusément n'avoir mal nulle part; les mouvements spasmodiques étaient peu prononcés. La percussion de la poitrine toujours bien sonore antérieurement et latéralement. En arrière, à droite et à gauche, on entendait un râle sous-crépitant, humide, sans respiration vésiculaire, mêlé de crépitation fine; celle-ci avait lieu antérieurement à gauche, où elle était assez abondante; le pouls était plus fréquent qu'à l'ordinaire.

Le malade mourut le soir, à six heures, sans avoir eu d'évacuations alvines, après avoir uriné beaucoup, et à la suite d'un embarras toujours plus prononcé de la respiration.

Ouverture du cadavre, trente-huit heures après la mort. *État extérieur.* — Formes bien dessinées, sans amaigrissement appréciable. Vergetures au dos.

Tête. — Quelques glandes de Pacchioni le long du sillon longitudinal. Infiltration sous-arachnoïdienne médiocre;

environ deux cuillerées de sérosité claire dans le ventricule droit, un peu moins à gauche. Substance corticale du cerveau parfaitement saine, substance médullaire d'une fermeté médiocre, avec quelques points noirs ou rouges. Cloison demi-transparente normale. — Substance corticale du cervelet et protubérance annulaire un peu plus colorées que dans l'état naturel.

Cou. — Membrane muqueuse de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère dans l'état sain; glandes lymphatiques, placées autour de la moitié inférieure de la trachée-artère, augmentées de volume et d'un rouge brun, sans tubercules.

Poitrine. — Adhérences celluleuses universelles, faciles à déchirer, entre le poumon gauche et la plèvre costale; adhérences semblables à droite, antérieurement, tandis qu'en arrière et à la base de l'organe, elles avaient lieu au moyen d'une fausse membrane d'un jaune mat uniforme, manifestement tuberculeuse, se prolongeant dans les scissures, et d'autant plus épaisses qu'on s'éloignait davantage du sommet du poumon. L'un et l'autre étaient fermes et souples à la fois, à part le sommet du poumon gauche. Leur surface était comme mamelonnée, par suite des nombreuses granulations qui existaient dans toute leur hauteur. Superficielles ou profondes, ces granulations étaient miliaires et demi-transparentes inférieurement, tandis qu'elles augmentaient de volume en perdant leur demi-transparence, à mesure qu'on s'approchait du sommet de l'organe, où elles étaient jaunâtres à leur centre ou dans toute leur épaisseur. Le tissu pulmonaire intermédiaire aux granulations était rouge, ferme, élastique, facile à déchirer, non grenu; laissait écouler, par la pression, un liquide rouge, peu abondant, médiocrement spumeux; en sorte que dans aucun point, même à leur base, les poumons n'offraient pas de véritable hépatisation. Il y avait, au sommet de celui du côté gauche, une masse de matière grise demi-transparente, de près de 4 cen-

timètres de hauteur, creusé, à son centre, d'une cavité du volume de l'extrémité du médius, et, près de cette cavité, deux autres plus petites. Au sommet du poumon droit, où la matière grise était beaucoup moins abondante que du côté gauche, existaient deux petites cavités et un tubercule ramolli, qui commençait à se creuser. Les bronches étaient dans l'état naturel. — Il en était de même du péricarde, tandis que le cœur était très mou.

Abdomen. — L'épiploon était médiocrement chargé de graisse et sans altération appréciable. Le péritoine était sans épanchement, avait son poli ordinaire, sans viscosité; mais on voyait sur le mésentère, de part et d'autre de la ligne blanche, sur la vessie et le rectum, un assez grand nombre de granulations demi-transparentes, pointillées de points gris, ou tout-à-fait incolores, de 2 à 3 millimètres de large, développées à la face adhérente du péritoine. L'une d'elles, un peu plus grosse que les autres, était entièrement tuberculeuse. — Le foie était volumineux, pâle, mou, facile à déchirer. La vésicule biliaire contenait une médiocre quantité de bile peu épaisse, couleur jus de pruneaux. — La rate était couleur lie de vin foncée, peu cohérente et très molle. — Les reins étaient plus rouges que dans l'état normal, d'ailleurs sains. La vessie ne présentait rien de remarquable. — La prostate avait une nuance rosée; le pancréas était plus coloré que dans l'état normal. — L'estomac était un peu distendu par des gaz, sa membrane muqueuse un peu rose et ramollie; l'intestin grêle et le colon ne s'éloignaient pas sensiblement de l'état normal.

Ici, comme dans les deux dernières observations, le début de la maladie a été brusque et marqué avec une grande précision; aucun doute ne peut s'élever à cet égard; en sorte qu'il faut reconnaître que la phthisie pulmonaire peut amener la mort dans l'espace de vingt jours, par suite de lésions qui n'ont pas leur siége hors des pou-

mons, que vingt jours suffirent pour amener le développement d'un grand nombre de tubercules dans les poumons, y creuser des cavernes, déterminer la formation d'une fausse membrane pleurétique entièrement tuberculeuse, et des granulations grises demi-transparentes sous le péritoine. Ces lésions, il est vrai, si graves et si étendues qu'elles soient, n'ont pas amené la mort à elles seules; ici, comme dans le cas précédent, la pneumonie a précipité la terminaison funeste, et l'inflammation du parenchyme pulmonaire a été suscitée par l'affection tuberculeuse. Il est d'autant moins permis d'en douter, qu'ayant reconnu la pneumonie pendant la vie, j'ai pu en suivre la marche, constater qu'elle avait été peu rapide; que la phlegmasie était presque constamment restée au premier degré; qu'après la mort, la lésion, résultant de l'inflammation, était la même partout; comme si elle avait commencé partout en même temps : ce qui n'a pas lieu, comme je l'ai déjà dit, quand la pneumonie reconnait une autre cause.

Le délire, qui ne pouvait pas être attribué à quelque lésion appréciable du cerveau (cet organe était sain), tenait sans doute à la même cause qui suscite ce symptôme dans beaucoup de maladies aiguës, accompagnées d'un mouvement fébrile considérable, à celle qui avait amené la diarrhée du sujet qui nous occupe, au début de l'affection ; car l'intestin grêle et le colon étaient sains lors de l'autopsie, et il n'est guère permis de croire, par cette raison, qu'ils fussent le siége de quelque lésion un peu grave au début de la maladie, ou à l'entrée du sujet à l'hôpital.

Les deux faits que je vais encore exposer trouvent naturellement leur place ici, bien que, dans ces cas la maladie ait marché avec un peu moins de rapidité et de violence que dans les trois précédents.

XLe OBSERVATION.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une taille moyenne,

d'une constitution médiocrement forte, vint à l'hôpital de la Charité le 4 mai 1824. Il était enrhumé tous les hivers, pour très peu de temps, n'avait jamais eu d'affection grave, accusait vingt jours de maladie, et avait cessé de travailler depuis quatre. Au début : toux, crachats clairs, sensibilité au froid, anorexie, constipation ; ces symptômes persistent, prennent plus d'intensité les onze derniers jours, et il s'y joint des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, à l'épaule principalement, de la céphalalgie et des lassitudes dans les membres. Au quinzième jour, la diarrhée succède à la constipation, l'anorexie est complète, le malade ne prend plus de nourriture.

Le 5 mai : figure chaude, rouge, animée ; yeux vifs et brillants ; céphalalgie, décubitus horizontal, indifférent ; oppression médiocre, toux peu fréquente, crachats pareils à de la salive battue ; à gauche, douleur au bord des fausses côtes, son mat en arrière, dans la moitié inférieure de la poitrine, et, antérieurement, sous la clavicule ; gargouillement très marqué dans ce dernier point et vis-à-vis l'épaule, avec égophonie imparfaite ; du côté droit, l'auscultation et la percussion ne donnaient que des résultats négatifs ; le pouls battait quatre-vingt-dix fois par minute, était médiocrement développé ; la langue était humide, naturelle au pourtour, d'un gris jaunâtre au centre, la bouche pâteuse, la soif assez vive, l'anorexie complète, l'épigastre et l'hypogastre sensibles à la pression ; trois selles liquides. (*Viol. oxy. ter ; pot. g., saignée de* 300 *grammes.*)

Le 6 : état stationnaire ; le sang tiré de la veine formait une masse sans retrait et sans couenne.

Les mêmes symptômes continuèrent dans une progression constante et à peu près uniforme, jusqu'au 5 juin, jour de la mort du sujet.

L'oppression ne devint très considérable et la respiration très accélérée que dans les huit derniers jours de la vie ; vers le milieu du mois de mai, le malade rapportait

sente et dyspnée au côté gauche de la poitrine. La toux fut quelquefois très forte, ordinairement médiocre; les crachats plus ou moins abondants, clairs, mousseux, blanchâtres, légèrement tachés de sang, les premiers jours du mois de juin; quelques uns étaient verdâtres et sans stries, dans les derniers temps. Le 15 mai, le côté gauche de la poitrine ne rendait aucun son au-dessous de la mamelle et en arrière dans ses deux tiers inférieurs; l'égophonie, existant vis-à-vis l'épaule, avait fait place à un simple retentissement de la voix, qui s'étendit bientôt plus bas; le gargouillement continu, parfois mêlé de quelques craquements. Le 26, la respiration était trachéale sous la clavicule gauche, où je n'entendis pas la pectoriloquie; le 28, il y avait un peu de crépitation du même côté antérieurement.

Le pouls fut toujours accéléré, battit rarement moins de cent fois par minute, devint beaucoup plus fréquent les huit derniers jours. La chaleur fut considérable; il y eut des sueurs nocturnes assez copieuses, et rarement des frissons.

La langue conserva presque toujours l'aspect indiqué; la soif fut vive et proportionnée à la fièvre, l'anorexie complète, l'épigastre un peu douloureux dans les six jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, puis indolent. Du 22 au 25 mai, il y eut quelques vomissements d'un liquide clair et sans amertume; les selles furent plus ou moins liquides, presque toujours au nombre de deux ou trois dans la journée, rarement accompagnées de coliques.

La faiblesse fit des progrès rapides, et les douleurs au bord des côtes une fois dissipées, le malade ne se plaignit de rien, sinon de ne pas recouvrer ses forces. Il n'eut d'inquiétude sur son état que dans les derniers jours de la vie. Alors il était continuellement couché à droite, et sa faiblesse m'empêcha d'explorer convenablement ce côté de la poitrine, où la respiration avait paru se faire d'une manière naturelle jusqu'au 28 mai. Dans la dernière semaine, la

figure fut habituellement d'un rouge foncé, quelquefois cramoisi; l'oreille devint dure, il y eut un peu de délire la nuit et le jour, la veille de la mort. Le 4 juin, à l'heure de la visite, le malade avait recouvré l'usage de l'intelligence, était dévoré de soif, et, au milieu d'une dyspnée extrême, buvait rapidement et sans aide; la sueur inondait son visage, et à onze heures il expira.

Les boissons ordonnées le premier jour furent continuées; on accorda, par intervalles, quelques bouillons coupés; une seconde saignée fut faite le 10 mai; le même jour on appliqua douze sangsues à l'anus et un vésicatoire au côté gauche de la poitrine, sans diminution apparente des symptômes. Le 31, l'augmentation de la dyspnée, de la chaleur et de la fréquence du pouls, engagea à pratiquer une nouvelle saignée, qui ne produisit qu'un soulagement momentané.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort. *État extérieur.* — Deuxième degré de marasme. Amincissement considérable, destruction presque complète de la peau, à la partie moyenne du vésicatoire de la poitrine.

Tête. — Cerveau ferme, un peu injecté; une cuillerée de sérosité dans chaque ventricule latéral; une cuillerée et demie du même liquide dans les fosses occipitales inférieures; le reste parfaitement sain.

Cou. — Glandes cervicales rouges, volumineuses et fermes; quelques unes d'entre elles parsemées de tubercules miliaires. La face laryngée de l'épiglotte était un peu ulcérée, son tissu sous-muqueux inégalement boursouflé; le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge vif, inférieurement surtout, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, offrait quelques petites ulcérations faites comme par un emporte-pièce.

Poitrine. — Le poumon gauche remplissait exactement

la cavité de la plèvre, adhérait au diaphragme, au moyen d'une fausse membrane; était juxtaposé, dans le reste de son étendue, ferme et résistant partout, si ce n'est dans la largeur de 5 centimètres environ, à son bord tranchant. Il offrait, à son sommet, une cavité du volume d'une noix, incomplétement vidée, puis beaucoup de tubercules et quelques noyaux de tissu pulmonaire hépatisé : le reste de ce lobe et tout l'inférieur étaient presque entièrement transformés en matière tuberculeuse, disposée par masses plus ou moins considérables, non ramollies, entre lesquelles la dixième partie du poumon, peut-être moins, était perméable à l'air. La plèvre, immédiatement appliquée sur la matière tuberculeuse, s'en séparait sans effort. Le poumon droit était libre, offrait, à son sommet, un assez grand nombre de tubercules, parmi lesquels plusieurs étaient ramollis ou incomplétement vidés; il n'y en avait point ailleurs. Le bord tranchant des lobes supérieur et moyen était hépatisé dans une largeur assez considérable. — Le ventricule gauche du cœur était un peu élargi; l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — L'estomac avait un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était rouge, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac; et, au-dessous, dans un espace de 36 à 45 cent. carrés, elle était blanchâtre et bleuâtre, amincie et molle comme du mucus. Dans les mêmes points ses vaisseaux étaient très apparents. Ailleurs elle était mamelonnée, plus ou moins rouge, d'une bonne consistance, avait presque 1 millimètre d'épaisseur. — Dans l'intestin grêle, près du cæcum, se trouvaient des granulations comme semi-cartilagineuses, ulcérées ou non ulcérées, puis quelques petites ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre, à bords plats, et sept autres plus considérables, de 9 centimètres carrés environ; les unes et les autres sur des plaques. A leur niveau, le tissu sous-muqueux était à découvert, plus ou moins inégal, épaissi, et manquait dans quelques points; dans le

tale de son étendue la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du cœcum et du colon ascendant était cassante; partout ailleurs le gros intestin était dans l'état naturel. — Les glandes mésentériques correspondantes aux ulcérations étaient volumineuses, plus ou moins rouges et parsemées de points miliaires tuberculeux. — Le foie était sain, la bile de la vésicule noirâtre et épaisse; la rate volumineuse et ramollie; les autres viscères dans l'état naturel.

Au moment où il fut pris de toux et de fièvre, le malade jouissait de l'intégrité de toutes ses fonctions; de manière que c'est à cette époque qu'il faut fixer le début de la phthisie, et que cette affection aura été mortelle en cinquante jours. Les poumons, il est vrai, n'étaient pas les seuls organes lésés; mais si l'on n'oublie pas que le gauche était presque entièrement transformé en matière tuberculeuse, que le droit en renfermait une certaine quantité, on conviendra que si la mort du sujet a été accélérée par des complications, ce n'a pu être que de bien peu de temps: en sorte que nous pourrons, sans erreur sensible, considérer cette mort comme l'effet unique de l'affection tuberculeuse des poumons.

Quand je vis le malade pour la première fois, il y avait, vis-à-vis l'épaule gauche, un peu d'égophonie; au-dessous, la poitrine ne rendait aucun son, la voix ne produisait pas de retentissement, et je crus qu'il y avait, vis-à-vis l'épaule, un épanchement circonscrit par des adhérences; mais à l'ouverture du cadavre, je ne trouvai ni épanchement, ni fausses membranes, ni adhérences au niveau de l'épaule; de manière que, dans ce cas, il est impossible de concevoir l'égophonie, à moins d'admettre des épanchements circonscrits sans fausse membrane, ou bien encore une cause d'égophonie différente de l'épanchement.

Quoi qu'il en soit, le défaut d'égophonie au-dessous de

l'épaule, au vingtième jour de la maladie, dans un point où la poitrine ne rendait aucun son, là où je trouvai le poumon transformé en matière tuberculeuse, indique que cette transformation existait dès ce moment; en sorte qu'on ne saurait douter que la matière tuberculeuse n'ait envahi, presque au même instant, le poumon gauche dans toute son étendue: disposition fort rare et qu'on peut considérer comme propre à la phthisie aiguë.

Remarquons encore en passant que l'ulcération de l'épiglotte n'a donné lieu à aucun symptôme. Bien des fois j'ai demandé au malade s'il éprouvait quelque douleur au niveau du larynx ou de l'os hyoïde, et toujours il m'a répondu négativement.

XLIe OBSERVATION.

Une blanchisseuse, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution médiocrement forte, née de parents sains, non sujette au rhume, vint à l'hôpital de la Charité le 11 novembre 1821. Ses règles n'avaient pas reparu depuis onze mois; mais si l'on en excepte quelques malaises qui revenaient de loin en loin, et une légère diminution des forces, sa santé n'en avait pas été troublée. Elle accusait quinze jours de maladie. L'affection avait débuté par une oppression forte, à laquelle s'étaient joints, au huitième jour, une douleur vive au côté gauche de la poitrine, de la toux, des crachats, une chaleur intense, la nuit surtout, l'anorexie et la soif. La diarrhée les avait devancés de quelques jours.

Le 12 novembre: douleur assez vive au côté gauche, augmentant par la toux, l'inspiration, le décubitus sur cette partie; toux fréquente et souvent sèche; crachats mousseux, blanchâtres; pouls médiocrement accéléré, chaleur forte la nuit; langue humide, grisâtre au centre; soif, anorexie, trois selles liquides sans coliques. (*Viol. édulc.; idem, orge; pot. gom.; douze sangsues à la vulve; catap. loco dol.*)

Peu après la chute des sangsues, la malade éprouva une légère amélioration, la douleur diminua, puis disparut complétement, le décubitus devint également facile des deux côtés. Le 14, la chaleur était moins élevée, les crachats étaient muqueux, jaunâtres, assez visqueux; la toux, qui fut forte dans la soirée, continua de la même manière le lendemain; la douleur de côté ne revint pas, il y eut un peu d'appétit.

Le 16: figure moins animée qu'à l'ordinaire, crachats plus liquides; le 17, respiration peu fréquente, pouls encore un peu accéléré, chaleur douce, presque naturelle, sueurs nocturnes, quatre selles liquides. (*Saignée de 300 grammes.*)

Du 17 au 24, le mouvement fébrile fut très peu marqué, le pouls presque calme, la toux moins fréquente, les crachats rares, peu épais, les sueurs quotidiennes, la diarrhée moindre qu'à l'ordinaire: l'appétit se prononça, les aliments furent portés successivement au quart de portion: la malade ne se plaignait que de ne pas recouvrer ses forces.

Dans la nuit du 26 au 27, elle vomit sa tisane; dans la matinée du 27, sa bouche était amère, l'appétit déprimé, l'épigastre indolent, le pouls accéléré, la chaleur médiocre; on supprima une partie des aliments.

Les mêmes symptômes persistèrent les jours suivants, et, dans la nuit du 1er au 2 décembre, à la suite d'une sueur copieuse, il y eut un frisson violent, beaucoup de toux et de dyspnée, puis une douleur profonde à la région du sternum. Dans la matinée du 2, les crachats étaient blancs et aérés, la figure bleuâtre, l'affaissement considérable. (*Vésicat. au stern.*)

Les accidents firent de continuels progrès jusqu'au 15 décembre, jour de la mort. Le 7, on entendait, sous la clavicule gauche, un râle muqueux, mêlé d'une espèce de gargouillement. Le 11, les mêmes bruits existaient encore, et

la poitrine ne rendait aucun son dans le point correspondant. L'aphonie survint tout-à-coup et persista dans la suite, sans qu'il y eût de sensation pénible au larynx. Une douleur sternale se fit quelquefois sentir pendant la toux. Le 4, les crachats étaient grisâtres, arrondis, opaques, et ils conservèrent les mêmes caractères jusqu'à la mort.

La diarrhée fut plus ou moins forte les dix derniers jours.

La malade ne disait rien, ne se plaignait de rien, semblait absorbée par le sentiment de l'oppression, était habituellement couchée à gauche.

Ouverture du cadavre, quarante heures après la mort. *État extérieur.* — Commencement du deuxième degré de marasme.

Le cerveau ne fut pas examiné.

Cou. — Larynx dans l'état naturel. Membrane muqueuse de la trachée-artère et des bronches d'un rouge plus ou moins vif.

Poitrine. — Le poumon droit était parfaitement libre, sans tubercules, engoué à sa base. Le gauche avait quelques adhérences celluleuses à son sommet, était libre ailleurs et sans la plus légère trace de fausse membrane. Son lobe supérieur était presque entièrement converti en matière tuberculeuse, et offrait trois excavations très incomplètement vidées. La matière tuberculeuse était presque uniformément ramollie partout, et se présentait sous forme de masses plus ou moins considérables, entre plusieurs desquelles se trouvait une certaine quantité de matière grise demi-transparente. Le lobe inférieur n'offrait qu'un petit nombre de tubercules, était engoué à sa base. — Le cœur avait un volume convenable et des parois un peu plus épaisses que dans l'état ordinaire. L'aorte était parfaitement saine.

Abdomen. — La largeur de l'estomac était à peu près la même que celle du colon; sa membrane muqueuse était pâle. Il y avait douze ulcérations, de 9 à 4 millimètres de dia-

mètre, dans l'intestin grêle. — Le foie était volumineux et gras, d'une couleur fauve; les reins d'un rouge livide; l'utérus sain; les ovaires avaient le volume qui leur est ordinaire, et contenaient une petite quantité de matière tuberculeuse.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les circonstances principales de cette observation. Au début de la maladie, les règles étaient suspendues depuis dix mois; il y avait eu de légers malaises pendant le même temps; mais, d'ailleurs, aucune apparence de fièvre, point d'amaigrissement, point d'oppression ni de toux; en un mot, aucun symptôme qu'on pût rapporter à une maladie quelconque des poumons. Le développement des tubercules ne saurait donc remonter à une époque antérieure au début de la dyspnée; en sorte que la malade aura succombé au quarante-huitième jour de la phthisie, et, très probablement, à cette seule affection: car, malgré la description incomplète de la membrane muqueuse de l'estomac, on peut croire, à raison de sa pâleur, du défaut de nausées, de vomissements et de douleur à l'épigastre, qu'elle était parfaitement saine. Toutefois, la promptitude de la mort a quelque chose de remarquable, en ce que le poumon droit était sans tubercules, et que du côté gauche ils étaient presque entièrement bornés au lobe supérieur.

Mais ce qui donne à cette observation beaucoup d'intérêt, et, pour ainsi dire, une physionomie particulière, c'est la marche rémittente de l'affection. En effet, après quelques jours d'oppression, la malade est prise de fièvre, de toux, de crachats, d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine; ces symptômes persistent avec plus ou moins d'intensité pendant huit à dix jours, et cèdent, en partie, à l'application de quelques sangsues à la vulve. Du moins la douleur cesse, les autres accidents diminuent, et, après une saignée de 300 grammes, la fièvre disparaît presque complètement, la toux est moins forte, les crachats sont moins nom-

breux, les fonctions digestives se rétablissent. Cette amélioration dure onze jours, et, dans la nuit du 1er au 2 décembre, la malade est prise d'un violent frisson, accompagné de beaucoup d'oppression et d'anxiété; la toux est fréquente, et la mort arrive au treizième jour de l'exaspération subite et inattendue de tous ces symptômes. Ne dirait-on pas que la maladie est restée quelque temps stationnaire? Mais il est à présumer qu'elle a toujours fait quelques progrès, et que la violence des accidents de la seconde époque est, en grande partie, le résultat du ramollissement rapide d'un certain nombre de tubercules, et de leur évacuation dans les bronches. Ce qu'il y a de certain, du moins, c'est que les crachats ont tout-à-fait changé d'aspect, du moment où les symptômes sont devenus formidables.

La douleur du côté gauche, éprouvée par la malade au début de l'affection, rapproche cette observation de la précédente, et montre que quand la matière tuberculeuse se développe rapidement, elle peut occasionner des souffrances plus ou moins vives. Dans l'un et l'autre cas, en effet, il n'y avait point de traces de pleurésie récente. Toutefois, il serait possible que la matière tuberculeuse venant à se développer sous la plèvre *immédiatement*, la douleur fût encore due à l'affection de cette membrane.

Les cinq faits qui viennent d'être rapportés ne sont pas, comme je l'ai déjà dit, les seuls exemples de phthisie aiguë dont j'ai recueilli l'histoire; huit autres sont encore dans cette catégorie. Quatre de ces faits ont été observés avant 1823; les autres l'ont été depuis cette époque; et comme il ne saurait être indifférent de jeter un coup d'œil sur leur ensemble, je vais le faire brièvement.

Les trois premiers faits, ceux dans lesquels la durée de la maladie a été la plus courte (vingt, vingt-neuf, trente-quatre jours), sont aussi les seuls dans lesquels l'affection ait eu, en quelque sorte, une physionomie particulière.

Dans ces cas, en effet, le début a été brusque et violent, assez semblable à celui des maladies aiguës graves: les sujets tuberculeux ont été pris, au milieu d'un état de santé très satisfaisant, de frissons et de tremblements plus ou moins violents, qui se sont renouvelés les jours suivants. La chaleur a remplacé le frisson et a persisté, sans interruption, dans la suite, ordinairement aussi intense que dans une affection typhoïde. Dès le début aussi, la soif a été vive, l'anorexie complète ou presque complète, la respiration fréquente, l'oppression considérable; il y a eu de la toux, à une exception près, relative à la jeune fille qui mourut après trente-quatre jours de maladie et dont la toux ne commença qu'au dixième jour de l'affection; l'expectoration a toujours été peu considérable; et, dès que les malades furent soumis à l'observation, on leur a trouvé un mouvement fébrile plus ou moins violent.

Cependant, au début de ces symptômes formidables, il n'en existait pas qu'on dût attribuer à une affection étrangère aux organes thoraciques, ou à une pneumonie, à une pleurésie; il en était encore de même au moment où les malades furent admis à l'hôpital: en sorte qu'on doit être porté à conclure, malgré le petit nombre de faits dans lesquels la phthisie a eu la marche rapide dont il s'agit maintenant, que cette affection serait à redouter, que son existence serait presque démontrée, indépendamment de l'auscultation et de la percussion, dans les cas où des malades, jeunes encore, auraient été pris subitement, au milieu d'une bonne santé et sans cause connue, de toux, de dyspnée, (avec accélération plus ou moins marquée des mouvements respiratoires, avec ou sans douleurs de côté), d'un mouvement fébrile plus ou moins considérable, d'anorexie, de soif, quelquefois de délire comme chez le sujet de la 39e observation, si, après quelques jours de durée, ces symptômes prenaient encore de l'accroissement, bien qu'on leur opposât les moyens les plus propres à combattre un mouvement fébrile

interne, et qu'il n'y eût pas de signes de pneumonie, de pleurésie avec épanchement, ou de bronchite capillaire aiguë, intense. Plus tard, l'auscultation et la percussion, convenablement pratiquées, dissiperaient ou pourraient dissiper tous les doutes, à moins, toutefois, que, par une bien rare exception, la maladie ne commençât par la base des poumons (Obs. 37). Toutefois, ici encore l'incertitude pourrait n'être que temporaire, puisque le caractère des crachats, rapproché des autres symptômes, pourrait conduire à un diagnostic positif.

Des symptômes cérébraux au début, ou tout au moins un peu de délire pendant la nuit, comme cela est arrivé chez un des sujets dont j'analyse l'histoire en ce moment (Obs. 39), pourraient encore donner le change, et faire croire à une affection typhoïde. Mais l'affection typhoïde ne s'accompagne pas, à son début, de toux et de dyspnée, au moins d'une dyspnée considérable; la prostration, qui est un de ses principaux caractères, est bien plus marquée, quand le mouvement fébrile est fort, qu'elle ne l'était chez les trois sujets qui nous occupent; à quelques jours du début de l'affection typhoïde, les sujets qui en sont atteints offrent une altération plus ou moins marquée des traits et des fonctions des organes des sens, puis des taches roses lenticulaires; symptômes étrangers à la phthisie: en sorte que si, dans le cas particulier dont il s'agit, il peut y avoir de l'incertitude pendant quelque temps, cette incertitude tend tous les jours à se dissiper, et finit par disparaître assez promptement. Ces cas, toutefois, il faut en convenir, exigent une grande attention de la part du médecin, car le diagnostic en est difficile, et il importe cependant de ne pas se tromper sur ce point, puisque le traitement de la phthisie aiguë et celui de l'affection typhoïde ne sont pas les mêmes, que le pronostic de ces deux maladies ne se ressemble pas.

Quant aux huit autres faits de phthisie aiguë, dans

lesquels la mort est survenue après un espace de temps qui a varié de quarante à quatre-vingts jours, le début de l'affection n'a rien offert de violent. Le mouvement fébrile, suivant toutes les apparences, n'a pas été considérable à cette époque; mais presque constamment la toux a été vive, l'appétit très déprimé, les forces ont beaucoup diminué: la toux n'a été violente que dans un cas, et, une seule fois aussi, une hémoptysie a eu lieu au début de l'affection : fait remarquable, en ce sens que, sous l'empire des idées généralement reçues, les tubercules venant à se développer rapidement, les poumons devraient être le terme d'une congestion d'autant plus vive et plus favorable au développement de l'hémoptysie. Mais ce fait est en complète harmonie avec l'expérience, qui montre que l'hémoptysie qui débute avec les tubercules ou les accompagne dans leur cours, ne peut être attribuée à une congestion, à proprement parler; qu'elle tient à une disposition inappréciable dans sa nature, dont les tubercules sont la circonstance la plus importante, la plus nécessaire, la condition pour ainsi dire indispensable.

Un autre symptôme mérite encore de fixer l'attention du lecteur; je veux parler des douleurs de côté qui ont eu lieu dans huit des treize cas dont il s'agit, bien qu'il n'y ait eu de pleurésie récente que dans trois d'entre eux. Si l'on ne peut pas rigoureusement conclure de ce fait que, dans les cinq cas où il n'y pas eu de pleurésie récente, la plèvre ait été tout-à-fait étrangère à la douleur dont il s'agit, on doit au moins reconnaître que les douleurs des phthisiques ne tiennent pas toujours à l'inflammation de cette membrane, et que le développement rapide des tubercules peut, indépendamment de l'inflammation des plèvres, y donner lieu.

Quant aux *lésions* trouvées chez les sujets qui ont été emportés si rapidement, par la même maladie à laquelle on ne succombe ordinairement qu'après un espace de temps considérable, voici ce qui a eu lieu.

Outre les granulations grises demi-transparentes ou tuberleuses qui existaient dans les treize cas dont il s'agit, et ordinairement en très grand nombre, tous les sujets, à part trois, qui succombèrent après vingt-neuf, cinquante et soixante-dix jours de maladie, offraient des excavations au sommet des poumons; en sorte qu'il en existait plusieurs, comme on l'a vu (Obs. 39) chez le sujet qui succomba vingt jours après le début de l'affection; et, dans ce cas, chose remarquable, les excavations étaient placées au centre de quelques masses grises demi-transparentes.

Un fait non moins digne d'attention, c'est que chez neuf des treize sujets atteints de phthisie aiguë, les poumons étaient plus ou moins complétement hépatisés, dans une étendue ordinairement considérable; ce qui montre, comme je l'ai déjà dit, que les tubercules sont une cause de pneumonie, quand ils se développent rapidement et en grand nombre; conclusion à laquelle la considération des symptômes nous avait déjà conduit.

Je ne dois pas oublier non plus que dans un cas où la mort arriva après vingt-neuf jours de maladie, il n'y avait de tubercules que dans l'un des poumons; que, dans un autre, les tubercules étaient principalement développés à la base de l'organe.

Les bronches étaient dans l'état naturel, si ce n'est dans un cas où l'une d'elles, celle qui communiquait avec une excavation, offrait quelques petites ulcérations.

La trachée-artère, le larynx et l'épiglotte offraient aussi quelques cas d'ulcération: la trachée-artère, chez trois sujets emportés aux cinquante et soixante-quinzième jours de l'affection; le larynx, chez deux malades morts aux mêmes époques; l'épiglotte, chez trois autres qui furent emportés après vingt-neuf, cinquante et cinquante-cinq jours de toute maladie. — Ces ulcérations étaient, d'ailleurs, peu profondes et peu étendues; ce dont la brièveté de la maladie rend facilement raison: mais la proportion des cas

dans lesquels on les rencontrait était considérable, et atteste, pour sa part, la profonde disposition du conduit aérien aux ulcérations, chez les phthisiques. Il est encore digne de remarque que, dans tous les cas moins un, les poumons offraient quelque excavation; que le seul exemple d'ulcération des bronches a été fourni par le sujet dont le poumon offrait la plus grande excavation : en sorte qu'on ne saurait douter que dans la phthisie aiguë comme dans la phthisie chronique, la matière de l'expectoration n'ait une part plus ou moins considérable au développement des ulcérations du conduit aérien.

Des traces de pleurésie récente eurent lieu chez cinq sujets. Les fausses membranes étaient plus ou moins épaisses chez trois d'entre eux, morts aux cinquantième et soixantième jour de la maladie; elles étaient tuberculeuses chez deux autres qui furent enlevés après vingt et quatre-vingts jours de souffrances : faits remarquables, et dont le premier pourrait faire croire que les fausses membranes tuberculeuses ne sont pas toujours une transformation, qu'elles ont primitivement ce caractère, dans quelques cas.

Il n'y avait de calotte semi-cartilagineuse au sommet des poumons chez aucun des sujets qui nous occupent : ce qui montre, avec beaucoup d'autres faits, que ces fausses membranes, si épaisses, si dures, si communes chez les phthisiques, ne se forment, chez eux, qu'avec lenteur.

L'œsophage offrait un cas d'ulcération, chez un sujet mort après vingt-neuf jours de maladie.

La membrane muqueuse de l'estomac était rose, mamelonnée, ramollie ou non ramollie, dans trois cas où la mort eut lieu après trente-quatre, trente-neuf et cinquante jours de souffrances; elle offrait une petite ulcération chez un sujet qui fut emporté au cinquantième jour de la maladie; elle était perforée chez un autre; saine dans quatre cas seulement, ou la troisième partie.

L'intestin grêle offrait un seul exemple de tubercules, et

six cas d'ulcérations, toujours très petites, chez des sujets dont l'affection dura de cinquante à quatre-vingts jours.

Ces derniers faits sont la confirmation de ce qui a été dit plus haut de l'indépendance où sont, dans beaucoup de cas, les ulcérations intestinales des phthisiques, des tubercules.

Le gros intestin n'offrait que trois cas d'ulcérations, toujours très petites, chez des sujets emportés après cinquante, cinquante-cinq, soixante-quinze jours de maladie; et, dans un cas, la membrane muqueuse était détruite dans la hauteur d'un 1/2 mètre au-dessus de l'anus.

Le foie était volumineux et gras chez trois malades du sexe féminin, morts aux quarante-neuvième, cinquantième et quatre-vingtième jour de leur affection.

La rate était ramollie et augmentée de volume dans quatre cas.

Enfin, parmi les treize sujets qui nous occupent, se trouvait un cas de tubercules dans les méninges, un autre dans le mésentère, un troisième dans les reins et deux dans les ovaires.

C'est-à-dire, en résumé, que, malgré le développement rapide de l'affection, malgré la promptitude avec laquelle elle a amené la mort, les lésions secondaires, à part le degré, étaient les mêmes, et à peu près dans la même proportion, dans les treize cas dont il s'agit et chez les sujets dont la maladie avait marché avec plus ou moins de lenteur.

Quelquefois, après avoir débuté avec une certaine violence, la phthisie s'arrête, en quelque sorte, dans sa marche. Les exemples n'en sont pas rares, et nous en verrons quelques uns dans le chapitre suivant.

Mais quelles sont les circonstances qui accélèrent ou ralentissent, dans de si grandes proportions, la marche de la phthisie? Le sexe, l'âge, la constitution, auraient-ils une influence plus ou moins marquée à cet égard? J'ai cherché la

réponse à ces questions dans les faits ; et, comme on voit des individus qui ont dépassé l'âge de la jeunesse avoir une phthisie aiguë, et des jeunes gens avoir cette maladie à l'état chronique ; comme les deux sexes et les constitutions faibles, fortes ou moyennes, comptent des exemples de cette marche rapide ou lente, j'ai dû étudier à ce sujet, non quelques faits, ce qui évidemment ne m'eût conduit à rien, mais rapprocher des faits nombreux et les comparer. En procédant de cette manière, voici les résultats auxquels je suis arrivé.

Pour connaître, s'il se pouvait, l'influence du *sexe* sur la durée moyenne de la maladie, j'ai comparé deux séries de faits, dont l'une comprend quatre-vingt-dix-sept femmes et l'autre cent treize hommes ; et j'ai trouvé que la durée moyenne de l'affection avait été de vingt mois chez les femmes, et de dix-sept chez les hommes : différence assez considérable, et opposée à celle à laquelle on devait s'attendre *à priori*, puisque la phthisie étant plus commune chez la femme que chez l'homme, il était naturel de penser que le sexe qui prédispose à cette maladie en accélérerait aussi la marche.

Toutefois, en faisant abstraction des cas dans lesquels la durée de l'affection a dépassé cent mois, et dont le début, par cela même, peut offrir, au moins pour quelques sujets, un peu d'incertitude, le groupe de femmes est réduit à quatre-vingt-quatorze cas, celui des hommes à cent onze, et la durée moyenne devient treize mois vingt-huit jours pour les premières, quatorze mois et un jour pour les seconds : moyenne qui est presque la même pour les deux sexes, et qui peut faire présumer, dès ce moment, que l'influence du sexe sur la marche de la phthisie n'est pas considérable.

Si, d'ailleurs, on procède d'une manière un peu différente, si l'on recherche la proportion des cas au-dessus et au-dessous de la moyenne dans les deux

séries de faits, on trouve que sur les cent treize cas fournis par les hommes, soixante-dix-huit sont au-dessous de la moyenne, que sur les quatre-vingt-onze appartenant aux femmes, soixante-cinq sont dans la même catégorie : proportions presque identiquement les mêmes. J'ajoute que parmi les deux cents faits analysés, on en compte onze qui sont relatifs à des sujets dont la maladie n'a pas duré au-delà de soixante-quinze jours ; que six de ces onze faits appartiennent aux hommes, cinq aux femmes, dont le nombre est un peu moins considérable. En sorte que, de quelque manière qu'on envisage les faits, on arrive toujours à ce résultat, que la marche de la phthisie n'est pas sensiblement influencée par le sexe.

L'*âge* a-t-il une influence plus marquée que le sexe sur la durée de l'affection tuberculeuse? Voici les faits.

Sur cent sujets âgés de 15 à 30 ans inclusivement, la durée moyenne de la maladie a été de douze mois et vingt jours.

Sur soixante-huit malades âgés de 3½ à 45 ans, la durée moyenne de l'affection a été de vingt-trois mois et seize jours.

Sur vingt-six sujets qui avaient de 45 à 60 ans, cette durée a été de vingt-deux mois ; et sur onze qui étaient âgés de 61 à 68 ans, lors du terme fatal, la durée moyenne de l'affection a été de quatorze mois seulement.

Mais les faits qui composent ce dernier groupe sont en trop petit nombre pour qu'on puisse considérer la moyenne qui en résulte comme l'expression rigoureuse d'un fait général ; et en s'en tenant aux autres moyennes, on doit considérer comme très probable, comme presque démontré, que la jeunesse, qui favorise d'une manière si évidente le développement des tubercules, en accélère aussi la marche ; que celle-ci est plus rapide avant trente ans qu'au-delà : et cette proposition paraîtra d'autant plus digne de confiance, qu'on n'oubliera pas que sur les treize cas qui ont été réunis,

sans choix, et dans lesquels la maladie a eu une marche si rapide, onze appartiennent à des individus âgés seulement de 15 à 30 ans. Des deux autres sujets, l'un avait 34, l'autre 56 ans.

Enfin, si, comme je l'ai fait quand il s'est agi de l'influence du sexe, je retranche des cas analysés ceux qui sont relatifs à des sujets dont la maladie a duré au-delà de cent mois, on aura, pour la durée moyenne de l'affection,

Chez les sujets âgés de 15 à 30 ans. . . .	11 mois	18 jours.
30 à 45 —	16 —	20 —
45 à 60 —	17 —	7 —

résultat qui, par sa conformité avec le premier, doit inspirer beaucoup de confiance.

Voyons maintenant si la *constitution* forte, faible ou médiocre, a une influence appréciable quelconque, sur la marche de l'affection.

Le caractère de la constitution a été noté avec soin, chez cent quatre-vingt-dix-sept sujets qui ont succombé ; la constitution était forte chez cinquante-six d'entre eux, médiocrement forte chez quatre-vingt-sept, plus ou moins faible chez cinquante-trois ; et la durée moyenne de la maladie a été, dans l'ordre indiqué,

14 mois	6 jours.
14 —	11 —
16 —	4 —

de manière que si les faits analysés étaient plus nombreux, on devrait en conclure, et la conclusion serait rigoureuse, que la marche de la phthisie, contre l'opinion dominante sans doute, est plus lente chez les personnes faibles que chez celles qui sont d'une constitution forte ; qu'il est assez peu important, sous le point de vue qui nous occupe, d'avoir une constitution forte ou moyenne.

J'ajoute qu'en retranchant des faits analysés ceux qui sont relatifs à des individus dont la maladie a duré cent

mois et plus, la moyenne ne change pas sensiblement; que l'exemple de la plus longue durée de l'affection (17 ans) a été fourni par une femme d'une constitution délicate, âgée de 37 ans; que quatre cas dans lesquels la mort n'est arrivée qu'après 10, 12 et 13 ans, sont relatifs à des individus d'une constitution médiocrement forte: de manière que, la phthisie une fois développée, les chances défavorables sembleraient d'autant plus grandes que le malade serait d'une constitution plus vigoureuse.

Les faits de phthisie aiguë viennent encore à l'appui de cette proposition, puisque, chez les personnes faibles, la mort n'est arrivée, dans aucun cas, avant cinquante jours; tandis qu'elle a eu lieu après vingt-quatre jours, chez un individu d'une constitution moyenne, et après trente-cinq chez un homme d'une constitution forte.

Mais l'âge, qui précipite ou ralentit, suivant toutes les apparences, la marche de la phthisie, l'âge serait-il pour quelque chose dans la lenteur avec laquelle cette affection parcourt ses périodes, chez les personnes délicates ou d'une constitution faible? Cette question ne peut être résolue affirmativement, au moins pour les faits qui nous occupent, vu que l'âge moyen des personnes faibles ou délicates dont il s'agit était 29 ans; période de l'existence qui pouvait accélérer la marche de leur affection.

Loin donc que les constitutions délicates puissent être considérées, au moins dans ce moment, comme favorables à la marche rapide de l'affection tuberculeuse, c'est le contraire qui doit paraître le plus vraisemblable. On peut aussi, par cela même, présumer que les constitutions faibles ne sont pas plus favorables au *premier* développement de la phthisie que les autres; ce qu'on ne pourra démontrer rigoureusement, toutefois, que quand on connaîtra la proportion des constitutions faibles et des constitutions fortes. Et l'avenir viendrait à confirmer l'induction que je hasarde, qu'il n'y aurait pas à s'en étonner beaucoup, puisque tous les jours

on voit les personnes de la plus belle apparence, de la meilleure santé, d'une constitution forte, devenir phthisiques, alors même qu'elles tirent leur origine de parents parfaitement sains.

Afin de rendre moins imparfaite cette partie de mon travail, j'ai encore *étudié*, sous le point de vue qui nous occupe, 144 phthisiques qui n'avaient pas succombé au moment où ils ont cessé d'être soumis à mon observation. Sur ce nombre, j'ai trouvé 45 cas d'une constitution forte ou très forte, 72 d'une constitution médiocrement forte, 27 d'une constitution faible et l'exemple de chronicité le plus remarquable appartient encore à ce dernier groupe : c'était une femme de 32 ans, qui éprouvait, depuis 190 mois, la plupart des symptômes de la phthisie ; tandis que le maximum de la durée de cette affection, chez les personnes d'une constitution forte ou moyenne, a été 180 et 144 mois.

La *grossesse* a-t-elle réellement sur la marche de la phthisie l'influence qu'on lui reconnait généralement ? En suspend-elle le développement ? Quelques faits recueillis par M. Andral, il y a déjà quelques années, semblaient indiquer que la phthisie ne reçoit aucune influence de la grossesse ; d'autres faits, recueillis un peu plus tard par le même observateur, ont paru conduire à d'autres conclusions ; de manière qu'on ne peut rien conclure, actuellement, de cet ensemble de faits, et qu'on ne saurait trop engager les observateurs à recueillir et à publier tous ceux qui pourraient servir à la solution du problème dont il s'agit : car ces faits doivent être nombreux, vu l'extrême variété que présente la phthisie dans sa marche, et la nécessité d'avoir, pour chaque question à examiner, un grand nombre d'observations qui y répondent. En attendant que nous possédions cette longue série de faits, et pour y contribuer, je vais mettre sous les yeux du lecteur une observation qui est bien loin de confirmer l'opinion commune, et qui a été recueillie par M. Cossy.

XLII

XLIIe OBSERVATION.

Une couturière âgée de vingt-cinq ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez faible, à Paris depuis quatre ans, fut admise, le 26 avril 1841, à l'hôpital Beaujon, où elle mourut le 6 mai suivant. Son père avait succombé, six ans auparavant, à une maladie de longue durée, pendant laquelle il avait eu de la toux, des palpitations et de l'enflure : sa mère vivait encore, assez bien portante. Quant à notre malade, elle n'avait pas été très bien soignée dans son enfance, et, depuis, elle avait souvent manqué du nécessaire. Elle avait eu deux enfants, l'un âgé de cinq ans, l'autre de huit mois. La première grossesse et ses suites avaient été heureuses ; il en avait été de même des trois premiers mois de la dernière grossesse : mais dès lors, il y a quatorze mois environ, la santé se détériora, la malade fut toujours plus ou moins souffrante. Au début : douleurs à l'épaule droite et dans la région lombaire correspondante, amaigrissement, perte des forces, fièvre, sueurs copieuses, inappétence, sans toux. Les questions les plus réitérées, les plus capables d'amener une réponse affirmative au sujet de ce dernier symptôme, furent faites à la malade, qui assura constamment n'avoir commencé à tousser qu'au cinquième mois de la grossesse ; dès lors la toux fut sèche, à part quelques crachats sanglants, et, du moment où les premiers symptômes se manifestèrent, jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire pendant six mois, la malade fut obligée de garder le lit. Peu après ses couches, qui n'offrirent rien de remarquable, cette malade reprit ses travaux ordinaires, quoique faible, toussant, atteinte de diarrhée, mais ayant de l'appétit. Ces symptômes, auxquels étaient joints des frissons irréguliers, des sueurs copieuses pendant la nuit, quelquefois des efforts de vomissement, ne lui permirent pas de travailler au-delà de trois ou quatre mois, après lesquels elle

fut forcée de garder le lit. Il n'y eut de crachats que dans les deux mois qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital : ce fut aussi pendant ces deux mois que l'amaigrissement fit les progrès les plus rapides.

Le 27 avril, lendemain de l'admission de la malade à l'hôpital : maigreur assez considérable, intelligence développée, mémoire excellente, voix voilée, comme depuis quelque temps, dyspnée médiocre, toux assez fréquente, accompagnée de crachats abondants, verdâtres, opaques : du côté droit de la poitrine, douleur mal limitée, non continue, d'une médiocre intensité ; sous la clavicule droite, dans la hauteur de 5 centimètres, son obscur, expiration prolongée : en arrière, dans la partie correspondante, son non moins obscur, respiration bronchique avec bronchophonie et quelques craquements. Mêmes phénomènes du côté gauche, à part l'obscurité du son ; soif médiocre, anorexie complète, langue humide, déglutition facile, ventre un peu plat, comme à l'ordinaire ; le foie débordait les côtes de 5 centimètres, était indolent et sans saillie, le pouls médiocrement accéléré, régulier, la faiblesse considérable. Il n'y avait pas eu de frissons dans les derniers quinze jours. (*Riz. s. g. 2 soupes.*)

Du 28 avril au 5 mai, jour de la mort, il y eut, tous les jours, des vomissements assez abondants, des selles nombreuses, et la malade s'éteignit, pour ainsi dire, sans accidents nouveaux.

L'autopsie ne put être faite.

Certes aucun doute ne peut s'élever, malgré ce contretemps, sur le caractère de l'affection à laquelle la malade a succombé ; il serait même assez difficile de douter que le foie, qui était volumineux et indolent, ne fût gras, etc., etc. ; et il doit paraître évident, d'une part, que la grossesse n'a pas été un obstacle au développement des tubercules, qu'ils ont débuté dans son cours, et que la maladie a surtout affecté l'état

général pendant la gestation, puisque la malade a été obligée de garder le lit pendant les six derniers mois de la grossesse : ce à quoi elle n'avait pas été obligée dans la précédente.

Parmi les circonstances dont il importerait le plus de connaître l'action sur la marche de la phthisie, il faut compter les maladies aiguës, surtout celles qui ont leur siége dans les poumons eux-mêmes. Il est, assurément, peu de médecins qui ne soient persuadés, d'après les idées qu'on se fait généralement des causes de la phthisie, que la pneumonie, qui survient dans le cours de cette affection, n'en accélère la marche ; et cependant rien n'est moins certain ; car sans pouvoir donner ici l'analyse de faits nombreux de la complication dont il s'agit, et arriver, par ce moyen, à une sorte de démonstration, combien de malades n'ai-je pas vus, atteints d'une pneumonie plus ou moins grave dans le cours d'une affection tuberculeuse, sans que celle-ci ait marché plus vite après la guérison de la pneumonie qu'auparavant ! Un des faits les plus remarquables que j'ai recueillis à ce sujet, est le suivant.

XXIIIe OBSERVATION.

Une jeune fille âgée de dix-huit ans, d'une constitution forte, ayant les cheveux et les sourcils châtains, bien fournis, la figure habituellement bien colorée, fut admise à l'hôpital Beaujon le 17 juin 1840. A Paris depuis l'âge de seize ans, réglée depuis cette dernière époque, bien portante jusque là, elle éprouvait souvent, depuis lors, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur à la tête et des palpitations. Ces accidents avaient été plus fréquents dans les cinq dernières semaines, sans être continus, et, outre cela, la malade avait éprouvé, à peu près à la même époque, ou huit jours plus tard, des douleurs au bas du sternum, un peu de toux, et, peu après, une hémoptysie dans laquelle elle avait perdu un verre de sang en quelques heures. Dès lors la

toux avait cessé presque complétement, et c'est à raison du retour des palpitations et de la dyspnée que la malade vint à l'hôpital, le 16 juin.

Alors elle avait perdu un peu de son embonpoint, sans paraître malade cependant; sa poitrine rendait un son clair, le bruit respiratoire était moins doux, moins moelleux, sous la clavicule droite que sous la gauche, et il en était de même en arrière, à la même hauteur: il n'y avait ni râle ni bronchophonie: le pouls était à 90, et la malade quitta l'hôpital le 29 juin, se trouvant assez bien, le bruit respiratoire ayant conservé, au sommet du poumon droit, le caractère qu'il avait le 16.

La malade reprit rapidement le peu d'embonpoint qu'elle avait perdu, se porta très bien jusqu'au mois de janvier 1841, prenant peu de soin de sa santé, ayant suivi la foule aux funérailles de Napoléon, sans s'en ressentir en aucune manière. Cependant, au milieu de janvier, elle s'enrhuma, maigrit un peu; et, en sortant d'un bal masqué où elle avait dansé toute la nuit du 17 février, se trouvant peu vêtue, elle se refroidit, et fut prise, le même jour, de douleurs au côté gauche de la poitrine, de frissons, avec crachats rouges et augmentation de la toux. Elle se fit conduire de nouveau à l'hôpital Beaujon.

Le 20 février, au moment de la visite: décubitus dorsal, malaise, anxiété, pommettes colorées, réponses souvent confuses; respiration haute et accélérée, douleur au sternum et dans tout le dos; toux assez fréquente, quelques crachats visqueux, demi-transparents, couleur peau de chamois; au sommet du poumon droit, percussion un peu moins sonore qu'à gauche, râle sous-crépitant abondant et très-gros; en arrière à gauche, dans les trois quarts inférieurs, son obscur, respiration bronchique et bronchophonie; pouls à 108, plein, régulier, chaleur élevée. (*Saignée de 400 grammes, etc.*)

Le 21: oppression, malaise et douleur moindres; crachats et pouls comme la veille; à droite, en avant, de la cla-

vicule à 6 centimètres au-dessous du sein, râle sous-crépitant, humide, volumineux, abondant; en arrière, du même côté, inférieurement, râle sous-crépitant moins gros, se changeant en râle crépitant à la partie moyenne, où il s'arrête, sans respiration bronchique ni bronchophonie. A gauche, toujours en arrière, au sommet, respiration bronchique, crépitation qui devient très superficielle à la partie moyenne. (*3 décigr. de tartre stibié, dans infus. de feuilles d'oranger 180 gr.*)

Le 23: dyspnée, anxiété, douleurs presque entièrement dissipées, crachats comme la veille, pouls à 88, râle sous-crépitant en arrière des deux côtés, dans toute la hauteur du thorax, borné, antérieurement, à droite. (*Id.*)

Il y eut, dans la journée, des vomissements amers, des selles liquides nombreuses. Le 23, pouls à 80, aucune trace de respiration bronchique à gauche, en arrière; à droite, dans le même sens, râle sous-crépitant moindre, un peu de bronchophonie au sommet. (*Tartre stib. 2 décigr.*)

Le 24: affaissement léger, crachats floconneux, blanchâtres, volumineux, déchiquetés, au milieu de beaucoup de salive; râle sous-crépitant un peu moins abondant et moins humide, toujours aussi étendu en avant à droite, avec explosion de râle crépitant en arrière du même côté, au sommet; pouls à 80. (*Tartre stib. 1 décigr.; quelques cuiller. de bouil. coupé.*)

Le 26: sans cause apparente d'abord, visage affaissé, joues creuses, sans altération de l'intelligence; langue brune et sèche, lèvres et dents encroûtées, chaleur médiocre, pouls à 112. On découvre, au niveau du coccyx, une escarre brunâtre, entourée d'une zone rouge tendre, et, au voisinage de la fourchette, à la partie interne des grandes lèvres, des ulcérations syphilitiques. (*Viol. 1 g., 4 pots, jul. g.; 3 demi-bouil.*)

Le 27, en arrière et à gauche du thorax, son presque naturel, un peu de râle sous-crépitant inférieurement. A droite, en avant, râle sous-crépitant dans toute la hauteur. Diarrhée

abondante depuis la veille; le reste stationnaire. (*Pot. g., op. 3 centigr., id.*)

Jusqu'au 2 mars l'affaissement persiste sans changement remarquable.

Le 2 mars, l'escarre du coccyx se détache, la zone rouge qui l'entourait, véritable érysipèle, couvre les deux fesses, s'étend jusqu'à la partie inférieure de la région lombaire, ayant des limites nettement circonscrites, avec dureté, épaississement notable de la peau. (*Id.*)

Le 4, l'érysipèle a gagné la partie supérieure de la région dorsale, embrasse les parties latérales du bassin, les lombes, une partie du côté gauche du ventre; la langue est toujours sèche, la diarrhée persiste, la respiration est à 24, le pouls à 116, la toux rare; il y a eu un peu de délire pendant la nuit. (*Id.*)

Du 5 au 8, extension progressive de l'érysipèle, qui finit par envahir les parties latérales de la face et le haut des cuisses, en abandonnant, dans la même mesure, les parties atteintes primitivement; l'escarre se détache complètement et laisse une plaie d'une belle couleur, de 4 centimètres de diamètre: la langue est toujours sèche, des vomissements amers ont lieu par intervalles, la diarrhée persiste, la toux est rare, l'affaissement toujours considérable, la face pâle et un peu terreuse; le pouls à 120. (*Riz., s. g.; limon., pot. g., diète.*)

Le 12 mars, toute la figure est envahie par l'érysipèle, qui, d'un autre côté, s'arrête, comme en mourant, 6 centimètres au-dessus des genoux.

Le 18, il a complétement disparu, la faiblesse est moindre, la langue en partie nettoyée, l'appétit vif, bien qu'avec un peu de diarrhée; les crachats sont blanchâtres, médiocrement abondants, la toux rare; le râle sous-crépitant humide est toujours abondant et étendu à droite, antérieurement; il n'en existe pas trace en arrière des deux

côtés, où, d'ailleurs, la respiration a complètement cessé d'être bronchique; pouls et chaleur naturels.

A dater de cette époque, jusque dans les derniers jours d'avril, les symptômes s'améliorèrent graduellement, et il survint de quarante à cinquante petits abcès sous-cutanés aux membres inférieurs ou au tronc, plus nombreux au voisinage des seins que partout ailleurs, du volume d'un furoncle un peu gros; ils furent tous ouverts avec la lancette, contenaient un pus sanguinolent, et leur guérison avait lieu au bout de quatre ou cinq jours.

Le 29 avril, la malade se leva une partie de la journée, son embonpoint revenait, elle n'avait ni dyspnée ni douleur de poitrine, et elle toussait si peu qu'elle assurait d'abord ne pas tousser : le son n'était pas évidemment plus obscur sous la clavicule droite que sous la gauche : dans le premier point l'inspiration était un peu sèche, l'expiration prononcée. En arrière, des deux côtés, au sommet de la poitrine, le bruit respiratoire était un peu sec, il y avait un peu de bronchophonie et une bulle de râle muqueux à droite, par intervalles. La malade mangeait alors les trois quarts de portion, et elle quitta l'hôpital dans les premiers jours de mai, se trouvant très bien alors.

Trois mois après j'ai revu cette jeune fille, qu'une légère indisposition avait engagée à venir me consulter : j'ai examiné de nouveau sa poitrine, et j'ai encore trouvé quelques bulles de râle muqueux ou sous-crépitant à son sommet droit, avec une respiration sèche et une bronchophonie très légère. L'ex-malade avait, d'ailleurs, tous les dehors de la santé la plus parfaite et travaillait dans un magasin depuis sa sortie de l'hôpital. Après quinze autres mois, je l'ai encore revue. Dans ce dernier espace de temps, elle était accouchée d'un enfant assez fort; une bronchite capillaire peu intense l'avait conduite à l'hôpital, d'où elle sortit, après quelques jours, très bien portante, ayant la poitrine dans l'état indiqué.

Ainsi, quand je vis la malade pour la première fois, quatre à cinq semaines environ après le début de la phthisie, il y avait déjà une légère altération du bruit respiratoire au sommet droit de la poitrine; huit mois plus tard, les symptômes locaux étaient plus prononcés, en même temps qu'une pneumonie s'était développée du côté opposé. Celle-ci marcha avec rapidité; et, avant sa complète résolution, une escarre se manifesta au sacrum, accompagnée d'un commencement d'érysipèle à son pourtour, lequel gagna promptement et successivement presque toute la périphérie du corps; des vomissements nombreux et des selles liquides eurent lieu, un mouvement fébrile considérable se joignit à tous ces symptômes. Cependant les forces se rétablirent promptement, la malade quitta l'hôpital en très bon état, deux mois et demi après y être entrée; et alors, et vingt mois plus tard, le désordre local était presque le même qu'avant le début de la pneumonie. Que d'enseignements précieux dans un même fait!

D'une part, en effet, une pneumonie se déclare à la suite d'un refroidissement, chez une phthisique, dont les tubercules, à la vérité, sont peu avancés et peu nombreux; et cette pneumonie marche rapidement à une terminaison heureuse. D'un autre côté, la phthisie, qui au premier abord semble très avancée dans les premiers jours de la pneumonie, est, dix-huit mois après la résolution de cette dernière maladie, à peu près ce qu'elle était avant son début; en sorte que bien évidemment la pneumonie n'a pas accéléré la marche de l'affection tuberculeuse. Il en a été de même de l'érysipèle, qui a néanmoins parcouru presque toute la surface du corps, et a débuté au moment de la résolution commençante de la pneumonie: et ce fait, en montrant, en quelque sorte, la ténacité de la nature dans la marche des maladies, n'est pas, comme on le pense bien sans doute, du nombre de ceux qui peuvent faire espérer beaucoup de l'ac-

tion des agents thérapeutiques contre la phthisie. Un fait encore plus important peut-être que ceux qui viennent d'être signalés, c'est que le râle sous-crépitant, si large, si étendu, si abondant, semblable à du gargouillement, qui existait sous la clavicule droite, lors de la pneumonie du côté gauche, ne peut pas être considéré comme une mesure exacte de la grandeur du désordre chez les phthisiques, puisque ce râle, qui a disparu assez rapidement, n'a pas été remplacé par d'autres symptômes capables de révéler une lésion de quelque importance dans la plupart des points où il avait été entendu : j'ajoute que les faits exposés au sujet du chlore ne laisseront aucun doute sur la vérité de ces dernières réflexions.

Je passe maintenant à l'exposition de quelques faits relatifs à des individus qui ont succombé d'une manière subite, inattendue. Mais avant de procéder à cette exposition, je dirai que l'ouverture des corps pouvait quelquefois rendre compte de cette espèce de mort; tandis que d'autres fois, au contraire, l'examen le plus scrupuleux des organes ne conduisait à aucun résultat positif : de là la nécessité de partager les faits dont il s'agit en deux séries bien distinctes.

ART. II. — Des morts subites.

§ I. — Morts inattendues, qu'on peut expliquer d'une manière plus ou moins plausible par l'état des organes après la mort.

XLIVe OBSERVATION.

Un orfèvre, âgé de vingt-deux ans, d'une petite taille, réformé pour cause de constitution faible, malade depuis quatre ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 10 avril 1823. Sa maladie avait débuté par une toux peu considérable, accompagnée de crachats; l'un et l'autre symptômes

avaient continué sans interruption, étaient devenus très incommodes depuis sept mois, époque à laquelle avaient débuté l'oppression, des frissons quotidiens et des sueurs nocturnes. Dans les trois derniers jours du mois de mars, le malade avait éprouvé une douleur assez vive dans le côté gauche de la poitrine et une augmentation de dyspnée. Depuis un an, l'appétit était déprimé, souvent il y avait eu beaucoup de malaise et d'étouffement à l'épigastre, les forces avaient rapidement diminué; d'ailleurs, ni diarrhée ni hémoptysie.

Le 11 avril : figure naturelle, amaigrissement peu considérable, oppression légère, rapportée à l'épigastre; toux fréquente la nuit, crachats verdâtres, opaques, déchiquetés, au milieu d'une pituite abondante; son très obscur à la partie externe et supérieure du côté droit de la poitrine, clair dans le reste de son étendue; respiration naturelle à gauche, trachéale sous la clavicule droite, accompagnée d'une crépitation médiocrement fine à la partie moyenne de ce dernier côté, en avant et en arrière; pouls régulier, peu fréquent; langue humide, un peu villeuse au centre, naturelle au pourtour; anorexie presque complète, selles rares, ventre indolent. Le malade ne se plaignait de rien, sinon d'un léger malaise à l'épigastre. (*Lich. g.; pot. g.; julep; demi-quart de portion.*)

Le 21, le son de la poitrine du côté droit était obscur, dans un espace un peu plus étendu que le 11, l'appétit meilleur; le malade pouvait manger le quart de portion sans éprouver de pesanteur à l'épigastre; les selles étaient régulières, il n'y avait pas eu de sueurs. (*Vésic. à droite du thorax.*)

Les jours suivants, il y eut quelques douleurs de gorge, l'appétit disparut, la chaleur augmenta, et, le 26, j'observai une légère éruption de taches rouges, sans saillies, sur toute la surface du corps; la desquamation commençait dans quelques points, la douleur de gorge avait cessé de-

puis deux jours, le pharynx et les amygdales étaient dans l'état naturel, le pouls plus accéléré et plus plein que d'ordinaire, la dyspnée un peu plus considérable; l'anorexie persistait, la toux excitait des nausées.

Le 27, l'éruption était entièrement effacée, le pouls plein, à cent pulsations par minute, la respiration accélérée; le malade accusait, dans le côté gauche, près du bord des côtes, une douleur qui existait déjà depuis trois jours; la poitrine rendait un son clair dans toute l'étendue de ce côté, la respiration s'y faisait comme dans l'état naturel; à droite, les résultats de l'auscultation et de la percussion étaient les mêmes que par le passé; les crachats n'avaient pas sensiblement changé, la langue était naturelle; il y avait eu une selle d'une médiocre consistance.

Le lendemain 28, la respiration ne me paraissant pas plus gênée que la veille, je ne fis pas l'examen détaillé du malade. Le soir, au moment de la distribution du dîner, il était à son séant, demandait à manger; et, quelques minutes après, il expira, sans agonie, sans que ses camarades s'aperçussent qu'il était plus mal qu'une demi-heure auparavant.

Ouverture du cadavre, vingt heures après la mort. *État extérieur.* — Bon état des chairs; à peine le premier degré de marasme; quelques vergetures, aux membres principalement.

Tête. — Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des glandes de Pacchioni; les veines cérébrales étaient distendues par le sang, le cerveau et le cervelet très injectés; il y avait trois petites cuillerées de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux.

Cou. — Le larynx était dans l'état naturel. Au-dessous des cordes vocales, dans la hauteur de 4 centimètres, la membrane muqueuse de la trachée-artère était rouge et épaissie; elle était saine au-delà, puis reprenait encore une

rougeur vive 6 centimètres au-dessous de sa bifurcation ; cette rougeur se continuait dans les bronches, du côté droit surtout.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait à la plèvre costale, au moyen de filaments celluleux à sa partie inférieure, et, à son sommet, par une fausse membrane semi-cartilagineuse, de 5 à 6 millimètres d'épaisseur, laquelle, en se repliant sur la plèvre interlobulaire, formait la plus grande partie des parois d'une vaste cavité, qui occupait le sommet du lobe supérieur du poumon, et communiquait avec d'autres cavités d'un petit volume. La texture de cette fausse membrane n'était pas la même partout ; là, elle était grisâtre et bleuâtre, comme cartilagineuse ; ici, d'une couleur jaunâtre, et rappelait alors la structure des ligaments jaunes ; dans quelques points elle était transformée en matière grise demi-transparente. Le lobe inférieur était un peu engoué, contenait un assez grand nombre de granulations grises. — Le poumon gauche offrait des adhérences universelles, était volumineux, plus dur inférieurement que supérieurement, où il y avait quelques petites excavations incomplètement vidées, et des granulations grises demi-transparentes. Dans ses deux tiers inférieurs, son tissu était d'un gris bleuâtre, la surface des incisions qu'on y pratiquait, un peu grenue : la pression en faisait sortir une certaine quantité d'un liquide louche et grisâtre, presque sans air. — Le cœur était un peu volumineux, d'ailleurs sain.

Abdomen. — L'estomac contenait une assez grande quantité de liquide trouble : sa membrane muqueuse offrait des vergetures dans quelques points, était un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et parfaitement saine ailleurs. — Le duodénum était dans l'état naturel. — Plusieurs des plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient rouges et plus ou moins profondément ulcérées. — Le gros intestin contenait beaucoup de mucus, très peu de matières fécales, et offrait, dans le colon droit, des ulcérations peu étendues,

dont la plupart avaient des granulations tuberculeuses à leur centre : sa membrane muqueuse était épaissie, décollée à leur pourtour, et partout ailleurs dans l'état naturel. — Plusieurs glandes mésentériques étaient un peu rouges et volumineuses; le reste des viscères de l'abdomen parfaitement sain.

Le poumon droit, en grande partie, et le poumon gauche, en presque totalité, étaient impropres à la respiration : le poumon gauche était hépatisé, et la rapidité avec laquelle cette hépatisation a eu lieu, explique comment la mort est arrivée d'une manière si prompte et si peu prévue. En effet, trente-six heures avant le terme fatal, le côté gauche de la poitrine résonnait bien dans *toute* son étendue, la respiration semblait s'y faire comme dans l'état naturel; en sorte que c'est pendant ces trente-six heures que la totalité, ou la plus grande partie du poumon gauche, sera passée de l'état sain au deuxième degré de l'inflammation : fait qui, d'ailleurs, n'a rien de fort extraordinaire, et qu'on observe tous les jours dans d'autres circonstances. Qu'après cela on suppose, à raison de la douleur éprouvée par le malade quatre jours avant la mort, qu'il existait dès lors quelque noyau d'inflammation dans le parenchyme pulmonaire, la chose est assez probable; mais cette *supposition* n'empêche pas que la plus grande partie de la masse hépatisée n'ait passé à cet état en fort peu de temps, peut-être en vingt-quatre heures.

Mais comment une lésion qui s'est opérée avec tant de promptitude a-t-elle donné lieu à des accidents si faibles? Comment la mort est-elle arrivée sans qu'on ait pu la prévoir, subitement enfin? Il me semble difficile de répondre à ces questions d'une manière satisfaisante.

Parmi les autres circonstances de cette observation qui présentent quelque intérêt, je rappellerai l'espèce de calotte de tissu composé qui enveloppait le sommet du

poumon droit, et l'intégrité presque parfaite de la membrane muqueuse de l'estomac, bien que le dérangement des digestions fût déjà ancien à l'époque de la mort du sujet.

XLVe OBSERVATION.

Un domestique, âgé de trente-deux ans, malade depuis seize mois, vint à l'hôpital de la Charité le 15 avril 1822. Il était étroit, d'une petite taille, très sujet au rhume, avant et depuis une pleurésie qu'il avait eue à l'âge de vingt-cinq ans, attribuait sa maladie à des refroidissements auxquels il avait été exposé dans un voyage fait pendant l'hiver de 1820 à 1821. Depuis lors il toussait et avait la respiration gênée; l'expectoration n'avait commencé que sept mois après le début de la toux, l'amaigrissement s'était montré à la même époque, et, quelque temps après, trois mois environ, des sueurs nocturnes s'étaient établies, pour revenir tous les jours ensuite: enfin, il y avait eu, dans les trois dernières semaines, des douleurs de gorge et de la diarrhée: d'ailleurs, jamais d'hémoptysie.

16 avril: physionomie assez naturelle, toux peu fréquente le jour, incommode pendant la nuit; crachats verdâtres, opaques et sans stries; poitrine sonore dans toute son étendue, retentissement considérable de la voix sous les clavicules, pectoriloquie imparfaite entre la colonne vertébrale et l'omoplate du côté droit; voix altérée, voilée, à peu près comme depuis deux mois, sans douleur au larynx; pouls fréquent, large et développé; chaleur peu considérable, nuls frissons depuis huit jours; anorexie, douleur de gorge, rougeur au bord libre du voile du palais et au pharynx, déglutition facile, épigastre indolent, quatre selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures. (*Lich.; pot. g.; quart de portion.*)

Le 26: aphonie complète, ardeur, picotements au larynx, rougeur au bord libre du voile du palais et au pharynx, déglutition gênée, trois selles très molles, sueur copieuse.

(*Douze sangsues à l'anus ; vésic. au cou ; viol. avec le sirop de g. ; pot. gomm.*)

Le 10 mai, l'aphonie continuait, mais les douleurs du larynx étaient moindres qu'à l'ordinaire ; les boissons revenaient quelquefois par le nez. Il n'y avait point de douleur le long du cou ; on entendait, sous la clavicule droite et en arrière dans le point correspondant, un gros râle sec, et, à chaque parole prononcée par le malade, l'air semblait entrer dans le stéthoscope ; il y avait quelques crachats rouillés ; le pouls était peu fréquent, la chaleur médiocre, la langue dans l'état naturel, l'appétit peu prononcé, le ventre indolent, la diarrhée peu considérable.

Le lendemain et le surlendemain, pas de changement, du moins sensible ; il n'y en avait pas non plus le 13, et, ce même jour, deux heures après la visite, le malade fut trouvé mort. On lui avait ordonné *une potion gommeuse avec du sirop diacode et trois crêmes de riz.*

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Rien de remarquable.

Tête. — Un peu de sérosité bien claire dans la partie supérieure de l'arachnoïde ; une cuillerée du même liquide dans chaque ventricule latéral ; cerveau légèrement injecté.

Cou. — Œdème des bords de la glotte, un peu plus considérable à droite qu'à gauche, de 5 millimètres d'épaisseur dans ce dernier sens ; membrane muqueuse du larynx pâle et dans l'état naturel. Immédiatement au-dessous des cordes vocales, deux ulcérations de 6 millimètres de diamètre ; et, 6 centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée-artère, sur sa portion charnue, autre ulcération de 8 millimètres de largeur, sur 16 de hauteur ; la membrane muqueuse intermédiaire parfaitement saine.

Poitrine. — Adhérences celluleuses du poumon droit à la plèvre costale ; excavation vaste à son sommet, tapissée par une double fausse membrane, dont l'externe reposait sur

le parenchyme pulmonaire sain ou sur des granulations blanches, jaunâtres ou grisâtres, assez nombreuses dans le reste de l'organe. Adhérences partielles au sommet du poumon gauche, où se trouvaient aussi quelques excavations tuberculeuses : dans le reste de son étendue ce poumon offrait trois zones de matière grise, demi-transparente, de 3 millimètres d'épaisseur, séparées par des tranches de tissu pulmonaire de même dimension, un peu engoué. Cette matière grise était semée d'une très grande quantité de granulations miliaires blanchâtres ou jaunâtres. — Cœur et aorte sains.

Abdomen. — Membrane muqueuse de l'estomac un peu violacée dans le grand cul-de-sac, dans l'état naturel ailleurs. — Celle de l'intestin grêle offrait quelques taches rougeâtres et brunâtres, et, dans son dernier cinquième, plusieurs ulcérations qui reposaient, pour la plupart, sur la membrane musculaire. — La membrane muqueuse du gros intestin était rouge dans le colon descendant, offrait trois ulcérations peu considérables dans le colon droit et le transverse. — Le foie était un peu gorgé de sang ; le reste des viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Si nous parcourons les principaux viscères qui viennent d'être décrits, nous voyons, du côté du cerveau, un épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, bien moindre que dans nombre de cas où la mort n'a présenté aucune circonstance remarquable ; en sorte que nous ne pouvons pas y chercher la cause de celle du sujet ; l'état des poumons n'était pas tel qu'ils ne pussent encore, suivant toutes les apparences, remplir leurs fonctions pendant un espace de temps considérable. On peut en dire autant des viscères de l'abdomen ; de manière que jusqu'ici rien n'explique la mort subite. Reste l'œdème de la glotte. On croira peut-être que cet œdème n'était pas assez considérable pour produire la suffocation, et, en preuve de cette manière de voir, on dira que je n'ai

pas décrit les accès de dyspnée qui caractérisent cette affection. A cela je répondrai par un fait que j'ai observé il y a quelques mois; je veux parler d'un jeune homme atteint d'une affection typhoïde, qui mourut au milieu d'une suffocation effrayante, accompagnée d'inspiration sifflante; ces symptômes avaient paru deux heures avant la mort seulement; et, à l'ouverture du cadavre, je trouvai la glotte œdémateuse et l'œdème de la même épaisseur que dans le cas dont il s'agit. Il *se pourrait* donc que dans les deux heures écoulées entre le moment de la visite et celui de la mort du sujet, il se fût passé quelque chose d'analogue; ce qu'il ne m'a pas été possible de vérifier.

Sans plus insister sur une supposition fort contestable, je rappellerai, relativement au sujet qui nous occupe, que je n'ai recueilli que deux autres exemples de l'œdème de la glotte chez les phthisiques, encore moins prononcés que celui dont il vient d'être question, et que cela peut paraître assez singulier, vu la fréquence des ulcérations de l'épiglotte et du larynx chez ces malades. Toutefois, je remarquerai que l'œdème n'est pas une chose ordinaire autour des ulcérations qui ont lieu dans les intestins, l'estomac, ou ailleurs, chez les phthisiques, et que cela semble indiquer que le travail organique qui amène ces ulcérations est ordinairement tout-à-fait local et ne s'étend pas au-delà de leur pourtour.

Je remarquerai encore, comme fait anatomique assez rare, la disposition de la matière grise, par zones, dans le poumon gauche.

§ III. — Morts inattendues qu'on ne peut expliquer par l'état des organes après la mort.

XLVIe OBSERVATION.

Une couturière, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution assez forte, habituellement bien portante, non sujette au rhume et n'ayant jamais eu de maladie grave, vint à

l'hôpital de la Charité le 23 juin 1823. Elle toussait sans interruption depuis cinq mois; la toux avait été sèche pendant les deux premiers, après quoi les crachats s'étaient établis; l'oppression avait débuté en même temps, il n'y avait eu ni hémoptysie, ni douleur thoracique, ni frissons; mais la malade avait été très sensible au froid dès les premiers temps, et avait des sueurs nocturnes depuis deux mois. Depuis la même époque, son appétit était très déprimé; elle éprouvait du malaise à l'épigastre dès qu'elle mangeait autre chose que de la soupe; il y avait de la diarrhée; l'amaigrissement faisait des progrès rapides.

Le 24: figure médiocrement animée, forces peu abattues, toux fréquente la nuit, crachats verdâtres, opaques, plus ou moins déchiquetés, couverts de salive et de mucosités claires; oppression médiocre, son obscur, gargouillement, respiration trachéale sous la clavicule gauche; en arrière, dans le point correspondant, pectoriloquie manifeste; pouls médiocrement accéléré, sueurs la nuit; langue un peu villeuse et blanchâtre, bouche amère, anorexie presque complète, ventre souple et indolent, trois selles liquides et brûlantes.

Le 3 juillet, on entendait la pectoriloquie de chaque côté entre les deux épaules; le teint était frais, médiocrement animé, le pouls accéléré, petit et faible, les sueurs et les fonctions digestives dans le même état que le premier jour.

Le 5, la malade se promena dans le jardin, où elle montra beaucoup de gaieté; le lendemain, à quatre heures du soir, après avoir été à la selle et s'être remise au lit, elle mourut subitement, à la grande surprise de ses camarades, qui venaient de causer avec elle.

Ouverture du cadavre, trente-sept heures après la mort. *État extérieur.* — Commencement du deuxième degré de marasme, vergetures nombreuses sur toute la surface du corps.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne très légère; cerveau un peu coloré de sang; trois petites cuillerées de sérosité limpide dans les ventricules latéraux, à peu près autant à la base du crâne.

Cou. — Larynx dans l'état naturel; rougeur vive à la partie inférieure de la trachée-artère. Plusieurs glandes cervicales tuberculeuses du côté gauche.

Poitrine. — Adhérences celluleuses au sommet des poumons; quelques excavations tuberculeuses dans cette partie, un peu plus amples à gauche qu'à droite, du volume d'une petite noix environ, tapissées par une fausse membrane épaisse et ferme, environnées d'une matière grise demi-transparente, parsemée de tubercules plus ou moins jaunâtres; en sorte que le sommet des deux poumons était dur dans la hauteur de 8 centimètres. Il y avait, dans le reste de son étendue, beaucoup de granulations grises demi-transparentes. Les bronches étaient dilatées, sans être épaissies, dans toute la moitié supérieure du poumon gauche. Les ganglions lymphatiques, placés au tour de leurs principales divisions et de la trachée-artère, étaient en partie tuberculeux. — Le cœur était un peu mou et vide de sang, l'aorte rouge dans toute son étendue.

Abdomen. — L'estomac était d'un médiocre volume, entièrement dépourvu de bile; sa membrane muqueuse, d'un rouge un peu livide autour du cardia et dans une grande partie du grand cul-de-sac, où elle était légèrement ramollie, était parfaitement saine ailleurs. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était rouge dans la portion placée dans le petit bassin, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue, sans ulcération. Près du cœcum, elle recouvrait quelques granulations tuberculeuses non ramollies, de la grosseur d'un grain de chènevis. — La membrane muqueuse du gros intestin était légèrement épaissie et ramollie, offrait quelques petites ulcérations dans le colon transverse. — Le foie était rouge et un peu gorgé de sang à

sa grosse extrémité; la bile de la vésicule médiocrement visqueuse, d'une couleur rouge acajou : les autres viscères de l'abdomen sains.

Sans doute la lésion du parenchyme pulmonaire était grave; mais les poumons étaient encore perméables à l'air dans une grande partie de leur étendue, et, quelques minutes avant la mort, la respiration s'exerçait avec régularité. Entre ce moment et celui où la vie a été subitement éteinte, aucun changement, appréciable du moins, ne paraît s'être opéré dans ces organes; et alors comment se rendre compte de cette mort inattendue? Pourrait-on comparer les viscères aux muscles locomoteurs, et croire que, dans certaines circonstances, ils deviennent tout-à-coup inhabiles à remplir leurs fonctions, par l'effet d'une sorte de fatigue?

Les lésions des autres viscères étaient trop peu considérables pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

XLVIIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de soixante ans, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 14 juillet 1823. Elle était d'une constitution forte, ordinairement bien portante, peu sujette au rhume, et malade depuis sept mois. Dans les premières six semaines : malaise, sentiment de faiblesse, diminution marquée de l'appétit; puis, toux, crachats plus ou moins copieux. Dans les trois derniers mois : oppression, et, peu après, bouffées de chaleur incommode par tout le corps, douleur du côté droit de la poitrine; ces symptômes avaient persisté, l'appétit s'était un peu relevé dans les derniers temps; il n'y avait point eu d'hémoptysie, de diarrhée, de coliques ou de frissons.

Le 15 juillet : figure pâle et amaigrie, faiblesse assez considérable, sommeil tranquille; oppression rapportée à l'appendice xiphoïde, toux peu fréquente, crachats déchiquetés, verdâtres, opaques; son mat, respiration trachéale,

pectoriloque sous la clavicule droite, et, en arrière du même côté, dans le point correspondant; pectoriloquie douteuse à gauche; ailleurs, bruit respiratoire assez fort, accompagné d'un ronchus grave; douleur au côté droit de la poitrine par intervalles; pouls très fréquent; langue nette et humide, un peu rouge; appétit déprimé, épigastre et tout le reste de l'abdomen indolents, à moins d'une forte pression; selles quotidiennes, urine brûlante. (*Lich.; pot. gom.; quart de port.; une tasse de vin.*)

Les jours suivants l'appétit augmenta un peu; il n'y eut ni frissons ni diarrhée; la malade se promenait la plus grande partie du temps.

Le 25, à l'heure de la visite, elle ne me parut pas plus mal qu'à l'ordinaire. Dans le jour, elle fit sa promenade accoutumée: le soir, sa figure devint une peu violette, elle s'endormit paisiblement néanmoins; à minuit elle se réveilla, se plaignit d'étouffer, et à une heure on la trouva morte.

Elle avait accusé, dans les deux derniers jours, du dégoût et quelques nausées.

Ouverture du cadavre, trente heures après la mort. *État extérieur.* — Léger œdème à la jambe et à la cuisse droites; quelques vergetures à leur pourtour; veines crurales parfaitement libres.

Tête. — La dure-mère était ossifiée dans une surface de 9 centimètres, en arrière et près de la faux; le tissu sous-arachnoïdien très infiltré; les plexus choroïdes étaient transformés en vésicules hydatiformes, qui contenaient un liquide séreux, dont il n'y avait pas de trace dans les ventricules: le cerveau un peu injecté.

Cou. — Le larynx, la trachée-artère et l'épiglotte étaient dans l'état naturel.

Thorax. — La moitié supérieure du poumon droit adhérait à la plèvre costale, offrait, dans sa partie la plus élevée, une large excavation qui communiquait avec d'autres

beaucoup moins considérables; toutes étaient enveloppées d'une matière grise demi-transparente, au milieu de laquelle se trouvait une infinité de tubercules; il n'y avait pas une parcelle de tissu pulmonaire sain dans cette partie, et le reste du poumon offrait un assez grand nombre de granulations grises et jaunâtres, et un peu d'engouement. Le gauche n'avait que de légères adhérences et quelques excavations tuberculeuses à son sommet; il était un peu engoué à sa base. — Le cœur était petit et sain; l'aorte large, offrant beaucoup de plaques jaunes à sa surface et dans l'épaisseur de ses parois.

Abdomen.—Des granulations miliaires nombreuses, demi transparentes, étaient développées au milieu d'une fausse membrane extrêmement fine, comme celluleuse, qui recouvrait l'intestin grêle et le mésentère: —l'estomac était un peu rétréci; sa membrane muqueuse était rouge et légèrement ramollie dans la moitié du grand cul-de-sac, grisâtre et d'une bonne consistance ailleurs. — Quelques ulcérations d'une médiocre étendue existaient dans les deux derniers mètres de l'intestin grêle; leur surface, parsemée de tubercules, présentait, dans plusieurs points, la tunique musculaire à nu: dans le reste de sa longueur la membrane muqueuse était intacte. — Celle du gros intestin était ramollie dans le colon droit, parfaitement saine ailleurs, si ce n'est au-dessus de l'anus, où se trouvaient trois petites ulcérations. — Les glandes mésentériques étaient dans l'état naturel. — Le foie avait un petit volume, une couleur rouge et un tissu friable. Douze petits calculs, hérissés de pointes, existaient au milieu d'une petite quantité de bile médiocrement foncée, qui remplissait la vésicule. — La rate était excessivement ramollie, d'un volume ordinaire, et se réduisait en un tissu réticulé blanc, par une légère pression. — Les reins étaient rouges; la membrane muqueuse de la vessie injectée. — On trouva un petit corps fibreux au milieu du tissu de la matrice, qui était d'un rose tendre.

La cause de la mort subite ne me semble pas plus facile à déterminer dans ce cas que dans celui qui précède, et les mêmes réflexions peuvent, en grande partie, s'appliquer à l'un et à l'autre. Ici, en effet, l'un des poumons était encore perméable à l'air dans la plus grande partie de son étendue, la lésion de l'estomac peu profonde et d'une médiocre étendue, les ulcérations de l'intestin grêle peu considérables, et la membrane muqueuse du colon n'offrait qu'un ramollissement très borné : en un mot, le désordre était beaucoup moins étendu dans les poumons et dans les autres organes, que dans nombre de cas où la mort arrive lentement et est précédée d'une longue agonie. Je ne parle pas du léger engorgement des poumons, des reins, du foie, de l'intestin, et de la membrane muqueuse de la vessie : car ces lésions étaient probablement l'effet et non la cause du genre de mort qui nous occupe, et elles pouvaient être, jusqu'à un certain point, comparées aux vergetures de la peau. Je ne m'arrêterai pas davantage à la rougeur et au ramollissement léger d'une partie de la membrane muqueuse de l'estomac, lésions probablement récentes, qui correspondaient peut-être aux dégoûts éprouvés par la malade deux jours avant sa mort, et trop peu considérable pour jouer un grand rôle dans l'explication de la mort du sujet.

J'ai exposé plus haut un exemple de mort subite du même genre que ceux dont il est question dans cet article, chez un sujet dont presque tous les viscères étaient plus ou moins profondément altérés. (Obs. 7.) Dans cette circonstance, on est à la fois surpris que le malade ait vécu si longtemps, et que la mort soit arrivée sans avoir été précédée des symptômes qui ont ordinairement lieu alors. Dans un quatrième cas semblable aux précédents, quant au genre de mort, et relatif à une femme de trente-six ans, dont la maladie avait marché rapidement et était arrivée au terme fatal dans l'espace de cinq mois, une grande partie des poumons était encore perméable à l'air, les lésions de l'estomac

et des intestins peu considérables, le cerveau sain, l'amaigrissement plus prononcé que dans les cas dont il vient d'être question. Il est remarquable, en effet, que, dans ces derniers, le marasme n'était qu'au deuxième degré.

Je dois encore signaler deux circonstances communes à la plupart des observations qui nous occupent, et qu'on ne retrouve pas chez les phthisiques qui ont succombé après une longue agonie : je veux parler des ecchymoses et de la médiocrité de l'épanchement observé dans les ventricules latéraux du cerveau. Ce double fait se retrouve encore dans d'autres cas de mort subite, quand elle a lieu dans la convalescence d'une maladie quelconque, ou dans d'autres circonstances, sans aucune lésion remarquable des viscères.

Je terminerai ce que j'avais à dire au sujet des morts subites, par deux observations qui offrent, l'une et l'autre, l'exemple d'un ramollissement très marqué de *toute* la masse encéphalique.

XLVIIIe OBSERVATION.

Un marchand fripier, âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament lymphatique et sanguin, ayant la respiration gênée dès l'enfance, toussait et crachait depuis deux ans, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 9 avril 1823. Dès le début, l'oppression habituelle était devenue beaucoup plus considérable, le malade s'était plaint de douleurs entre les épaules, qui avaient continué d'être plus ou moins vives depuis; d'autres douleurs s'étaient manifestées à l'épigastre et sous les fausses côtes, la jaunisse s'y était jointe, huit à neuf fois, dans les premiers onze mois; depuis, elle n'avait pas reparu, et le malade n'avait éprouvé de douleurs à l'épigastre que par intervalles : avec celles-ci, son appétit avait diminué. Il racontait encore qu'avant le début de la toux et des crachats, il était sujet, depuis trente ans, à des coups de sang, indiqués par une faiblesse subite dans les membres, des rougeurs à la face et des étourdissements qui

disparaissaient promptement. Jamais il n'avait perdu connaissance, et les accès qui, dans les premiers temps, ne se montraient que de loin en loin, s'étaient répétés plus fréquemment dans la suite, toutes les deux ou trois semaines, suivis, dans les six mois qui précédèrent le début de la phthisie, de faiblesse et d'engourdissement dans l'un ou l'autre des côtés du corps, pendant une demi-heure ou une heure; après quoi les mouvements reprenaient toute leur liberté.

Le 10 avril : figure maigre et pâle; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; parole un peu brève, mouvements du thorax peu accélérés, toux rare, crachats aplatis, verts et opaques; du côté gauche et antérieurement, la poitrine ne rendait aucun son, le bruit respiratoire était presque nul, il y avait un râle sec, ou une grosse crépitation sans pectoriloquie : à droite, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel; le pouls était petit et faible, battait quatre-vingt-huit fois par minute; les frissons, qui, depuis trois semaines, revenaient régulièrement tous les jours à dix heures du matin, suivis de chaleur et de sueurs, avaient manqué la veille; la langue était humide, sans rougeur; la bouche un peu pâteuse, l'anorexie presque complète, la soif nulle, tout le ventre indolent; il n'y avait pas eu de diarrhée. (*Riz; sir. de g.; vésic. à g. de la poitrine; trois riz; deux bouill.*)

Les jours suivans, l'état de la circulation et celui de la respiration ne changèrent pas d'une manière sensible; il y eut de la chaleur dans la soirée, sans frissons préalables, sans chaleur consécutive, et quelques selles liquides.

Dans la journée du 19, le malade éprouva du malaise, sans pouvoir en déterminer la cause; la nuit suivante, il y eut un peu de désordre dans l'exercice des facultés intellectuelles; le 20, à l'heure de la visite, l'assoupissement était considérable, les facultés intellectuelles presque abolies, les pupilles très étroites, la parole extrêmement embarrassée, les mouvements libres à droite et à gauche, la langue humide et non déviée; le pouls à cent trente pulsations par minute,

la respiration très lente. Les mêmes symptômes continuèrent jusqu'à dix heures du soir que le malade mourut.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Rien de remarquable.

Tête. — Plusieurs éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations nées dans l'écartement de ses feuillets. Le tissu sous-arachnoïdien était fort légèrement infiltré; le cerveau pâle, humide, très mou dans *toute* sa masse, à peu près comme celui d'un enfant de six à huit mois; il y avait une cuillerée et demie de sérosité limpide dans chacun des ventricules latéraux, et beaucoup moins dans les fosses occipitales inférieures. La protubérance annulaire et le cervelet étaient presque aussi mous que le cerveau.

Cou. — Le larynx était dans l'état naturel; la membrane muqueuse de la trachée-artère d'un rouge vif dans sa portion membraneuse seulement.

Poitrine. — Des adhérences intimes existaient au sommet du poumon droit, au moyen d'une calotte semi-cartilagineuse de 2 à 5 millimètres d'épaisseur. Il y avait une vaste excavation dans cette partie, entourée de tubercules et de matière grise demi-transparente; le reste du lobe supérieur était presque entièrement transformé en cette dernière. Entre les masses principales de substance grise se trouvait une matière homogène, assez ferme, semblable, en quelque sorte, pour la couleur et la demi-transparence, à une gelée de veau peu colorée, offrant, par intervalles, un aspect légèrement grenu. Le lobe inférieur n'offrait qu'un petit nombre de tubercules et un léger engouement. Il y avait quelques adhérences au sommet du poumon gauche, dont le lobe supérieur était sans excavations, plus ou moins dur, et, d'ailleurs, semblable au lobe correspondant du côté gauche. — Les bronches étaient rouges et épaissies de ce der-

nier côté, supérieurement; minces et d'un rose tendre à droite.

Abdomen. — En enlevant la paroi antérieure de l'abdomen, je déchirai, en partie, le fond de la vésicule biliaire, qui y adhérait d'une manière très intime. Cette poche membraneuse dépassait le bord des côtes, de 3 centimètres, contenait deux cents calculs, dont les plus gros avaient le volume d'un pois et les plus petits celui d'un grain de millet. Sa membrane muqueuse était détruite dans une surface de 9 centimètres, vis-à-vis l'adhérence, et dans une étendue un peu moindre près du col. Ces ulcérations semblaient avoir été faites comme par un emporte-pièce. A leur pourtour et dans le reste de sa surface, la membrane muqueuse était ferme, épaisse d'un demi-millimètre environ, et semblait formée d'un lacis de fibres entrecroisées en mille directions, de manière à offrir assez bien, sauf les dimensions, l'aspect des vessies à colonnes : le tissu cellulaire sous-muqueux était épaissi, et celui qui faisait le fond des ulcérations, très cassant. Le canal cystique était fort étroit, près de sa réunion avec l'hépatique, et contenait plusieurs calculs; le cholédoque était parfaitement sain. — Le foie, la rate, le pancréas et les reins étaient dans l'état naturel. — Il y avait quelques granulations tuberculeuses dans les capsules surrénales. — La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris nuancé de rose, mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, un peu plus épaisse dans ces points que là où l'aspect mamelonné n'existait pas, incomplétement détruite près du pylore, dans une petite largeur. — Quelques unes des plaques elliptiques de l'intestin grêle étaient ulcérées. — La membrane muqueuse du colon était épaissie et ramollie, offrait un assez grand nombre de petites ulcérations qui diminuaient de nombre du cæcum au rectum. Les glandes mésentériques étaient saines.

Ici, comme dans les deux observations qui précèdent, la

cause de la mort presque subite du sujet reste inconnue. Je n'essairai pas, en effet, de la rattacher au ramollissement de la masse encéphalique, car j'ignore à quel degré de mollesse le cerveau ne peut plus entretenir la vie; mais j'observerai que les altérations de consistance sont des plus graves, et qu'on ne saurait y faire une trop grande attention. Les travaux de MM. Rostan et Lallemand ont jeté un grand jour sur les ramollissements *partiels* du cerveau; reste à savoir maintenant quand un certain degré de ramollissement *général* de ce viscère, toujours facile à reconnaître par les personnes habituées aux recherches d'anatomie pathologique, devra être considéré comme une lésion; et c'est, en grande partie, pour concourir à la solution de ce problème, que je vais encore rapporter une observation qui sera aussi un exemple de tubercules latents.

L'état du cerveau n'était pas la seule circonstance remarquable du fait qui nous occupe : celui de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, épaissie dans les mêmes points, amincie près du pylore, est encore digne d'attention; surtout si on le rapproche des symptômes gastriques éprouvés par le malade pendant les deux années qui ont précédé la mort; c'est-à-dire, des douleurs à l'épigastre plus ou moins fortes et de la diminution de l'appétit. Ces symptômes conviennent, effectivement, à la gastrite chronique, et pourraient bien avoir été l'effet de celle qui a déterminé l'état mamelonné dont il s'agit; encore que les complications doivent nécessairement laisser des doutes sur cette manière de voir. Il faut aussi remarquer l'accord qui existe entre les calculs de la vésicule biliaire, l'épaississement, l'ulcération de ses parois, les douleurs éprouvées par le malade au niveau du bord des fausses côtes, et enfin la jaunisse plusieurs fois renouvelée dans le cours d'une même année.

XXIXe OBSERVATION.

Une cuisinière, âgée de quarante-huit ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une sensibilité très vive, avait toujours été bien portante avant la maladie que je vais rappeler. Ses règles, établies à l'âge de dix-huit ans, avaient cessé à trente, n'avaient jamais paru que toutes les six semaines, peu abondantes, et pour quelques heures seulement. Trois années avant son admission à l'hôpital, à la suite de chagrins profonds, causés par la perte de ses économies, elle perdit tout-à-coup le sentiment et le mouvement; mais ses facultés intellectuelles ne subirent aucune altération. Résolue à mourir, elle abandonna sa maladie à elle-même et fut à peu près dans la même situation pendant deux mois. Après cette époque, elle eut, pendant assez longtemps, des douleurs dans les membres, et bientôt les pieds et les mains commencèrent à opérer quelques mouvements. L'amélioration fut lente, de manière que la malade ne put reprendre ses occupations qu'au huitième mois de la maladie. Elle était assez bien portante depuis six mois, quand elle fut prise, sans cause connue, d'un érysipèle à la jambe gauche: un charlatan lui donna des inquiétudes sur les suites de cette affection, et aussitôt se supprimèrent les mucosités nasales, des flueurs blanches établies depuis l'enfance, et un crachement de sang, qui existait depuis la même époque, revenait soir et matin, et était attribué, par la malade, au mauvais état de ses gencives. L'épistaxis, à laquelle elle était fort sujette, ne revint plus; elle éprouva de la pesanteur dans les sinus frontaux, perdit l'odorat et le goût, mais conserva l'appétit: les évacuations supprimées ne se rétablirent pas, et la malade ne recouvra plus sa gaieté.

Trois semaines avant son admission à l'hôpital, elle avait été prise d'une céphalalgie assez intense pour garder le lit cinq jours de suite, de chaleur et de soif, sans autres sym-

ptômes. Elle n'était point sujette au rhume, et ne toussait pas.

Le 16 février 1822, lendemain de son entrée à l'hôpital de la Charité, les facultés intellectuelles étaient dans un état parfait d'intégrité, la céphalalgie peu considérable, le goût et l'odorat entièrement abolis, le nez très élargi à sa base et sur ses parties latérales; élargissement que la malade attribuait à l'habitude prise, depuis qu'elle ne se mouchait plus, d'extraire, avec ses doigts, le mucus desséché des fosses nasales : ses forces avaient peu diminué; la langue était dans l'état naturel, la soif assez vive, l'appétit faible, les selles naturelles; le pouls calme, la chaleur douce, la respiration libre, l'embonpoint médiocre. (*Douce-amère; bains sulfur.; vésicat. au bras; demi-quart de portion.*)

La céphalalgie se dissipa tout-à-fait, puis reparut, quoique à un faible degré, le 20 du même mois, à la suite de l'impression d'un air froid. Le 22, elle avait sensiblement diminué, l'appétit se prononçait, et la soif était dans l'état naturel. Le 23, rien de remarquable. Le 24, à dix heures du soir, la malade se plaignit d'éprouver de la chaleur, du malaise, un sentiment de gonflement à la face, et à minuit elle était morte.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Quelques ecchymoses à la surface du corps, l'odeur cadavérique très prononcée.

Tête. — Cerveau pâle, sans la plus légère trace d'injection, d'une mollesse extrême, pareille à celle du cerveau d'un enfant nouveau-né, dans *toute* sa masse; les nerfs olfactifs dans l'état naturel. La membrane muqueuse des fosses nasales était saine; celle des sinus frontaux et maxillaires avait 3 millimètres d'épaisseur, était comme infiltrée, demi-transparente, ferme, et d'une couleur de gelée de pomme. Il n'y avait point de mucus desséché dans ces parties.

Cou. — La glotte, l'épiglotte et le larynx dans l'état naturel.

Poitrine. — Quelques adhérences celluleuses au haut du poumon gauche; cinq tubercules, non ramollis, de la grosseur d'une noisette, à son sommet, entourés d'un peu de matière grise demi-transparente; dans leurs interstices, quatre noyaux d'une matière osséo-terreuse. Un peu d'engouement au bord postérieur des deux poumons. Les bronches pâles et minces.

Abdomen. — La face convexe du foie était inégale, sillonnée plus ou moins profondément en divers sens, de manière à rappeler les circonvolutions cérébrales : le tissu de ce viscère était sain et un peu gorgé de sang, vers sa grosse extrémité surtout. — La membrane muqueuse de l'estomac était d'un gris ardoisé, nuancé de rose dans quelques points. — Celle de l'intestin grêle dans l'état naturel. — Les reins contenaient beaucoup de sang. — La rate était ferme, volumineuse et un peu pâle. — Le reste parfaitement sain.

Sans vouloir assigner la cause de la mort subite du sujet qui nous occupe, je remarquerai que si cette observation offre, avec la précédente, beaucoup d'analogie relativement à l'état du cerveau, elle n'en offre pas moins par rapport aux symptômes cérébraux observés. Les deux malades avaient à peu près le même âge, quarante-huit et cinquante-quatre ans ; le cerveau, qui, à cette époque de la vie, est très consistant, était, chez eux, bien que morts d'une manière subite, chez le dernier sujet surtout, extrêmement mou, comme celui d'un enfant nouveau-né, ou à peu près. Une consistance aussi éloignée de celle qui est naturelle me semble un véritable état pathologique, et les symptômes qui ont eu lieu à une certaine époque de la vie des malades, confirment cette assertion, puisqu'ils n'ont pu avoir d'autres causes qu'un état particulier du cerveau. Dans un cas c'étaient des éblouissements, de la chaleur à la

face, une faiblesse subite dans les membres, qui duraient peu et s'étaient fréquemment renouvelées dans l'espace de trente ans; ces accès s'étaient rapprochés dans les six derniers mois de l'existence, et alors il s'y était joint un engourdissement des membres, qui durait une demi-heure, après quoi les mouvements redevenaient libres: à aucune époque, les facultés intellectuelles n'avaient subi d'altération. Dans l'autre cas, il y avait eu, trois années avant la mort, paralysie complète du sentiment et du mouvement; cet état avait duré deux mois, n'avait disparu complétement qu'au huitième, et, comme dans le cas précédent, les facultés intellectuelles étaient demeurées dans un état d'intégrité parfait: chez l'un et l'autre sujet, les accidents cérébraux avaient cessé deux années avant la mort. S'il n'existe pas une ressemblance exacte entre les symptômes, du moins y a-t-il beaucoup d'analogie; et là où les symptômes cérébraux avaient eu le plus d'intensité, là aussi le ramollissement du cerveau était le plus considérable: en sorte qu'il est presque impossible de ne pas croire à une dépendance entre l'état pathologique de ce viscère et les symptômes dont il s'agit. — Si ce rapprochement ne suffit pas pour produire la conviction, il pourra du moins appeler l'attention des observateurs sur ce point, et ç'a été, comme je l'ai dit, mon principal but.

Je n'insisterai pas sur la disparition subite des évacuations nasales, buccales, etc.; mais je remarquerai qu'il y avait des tubercules dans le poumon gauche, qu'ils avaient été latents, n'avaient pas excité de toux; que la malade n'était pas sujette au catarrhe pulmonaire; que les bronches, comme le lecteur a pu l'observer si souvent dans des cas analogues, étaient parfaitement saines; que par conséquent les tubercules ne pouvaient pas être considérés, ici du moins, comme le résultat de leur inflammation chronique.

D'ailleurs, comme dans la plupart des observations de

mort subite que j'ai rapportées, il y avait des vergetures aux membres.

Passons maintenant à l'étude des cas dans lesquels la maladie a eu une marche plus ou moins insidieuse et latente, marche plus fréquente qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

ART. II. — Phthisie latente.

I.re OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente-deux ans, douée de beaucoup d'intelligence et de mémoire, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, fut admise à l'hôpital de la Charité le 9 novembre 1822. Elle n'était pas sujette au rhume, accusait trois ans de maladie, et se trouvait beaucoup plus mal depuis deux mois et demi. Des frissons, suivis de chaleur et de sueur, s'étaient manifestés au début, et, depuis lors jusqu'aux trois derniers mois, ils étaient revenus tous les jours à une heure de l'après-midi environ : avec eux l'appétit avait beaucoup diminué, sans jamais se rétablir ensuite; la soif était devenue considérable, et l'amaigrissement avait commencé; *il n'y eut pas d'autres symptômes dans le cours de la première année. Au commencement de la seconde*, la toux s'établit, accompagnée de crachats clairs, puis, et dans les trois derniers mois, plus ou moins épais et pelotonnés. La malade gardait le lit depuis neuf semaines et avait un peu de diarrhée depuis un mois, quand je l'observai pour la première fois.

Le 10 novembre : sens et intelligence intègres, dernier degré de marasme, respiration médiocrement accélérée, toux peu fréquente, crachats pelotonnés, d'une teinte sale, un peu rosée, la plupart diffluents; la poitrine ne rendait aucun son sous les clavicules, surtout du côté gauche, dans une hauteur considérable; dans les mêmes points, la respiration était trachéale, la pectoriloquie évidente; il en était

de même en arrière dans les parties correspondantes; le pouls était petit, faible, régulier, fréquent; la chaleur convenable le jour, assez forte la nuit, les sueurs bornées à la tête et à la poitrine; la langue dans l'état naturel, la bouche pâteuse, la soif peu considérable, l'anorexie complète, la déglutition gênée; la gorge, le siége d'un sentiment de chaleur et de sécheresse qui existait depuis deux mois; le ventre était un peu sensible à la pression. Il y avait eu, la veille, trois selles presque uniquement composées de mucus. La faiblesse était considérable. (*Tis. de riz av. le sir. de coing; cachou, sir. de coing, trois tasses; pot. gom., deux cr. de riz.*)

Il n'y eut aucun changement appréciable dans l'état de la malade, les jours suivants, et, le 18 du même mois, après quelques heures d'agonie, elle expira.

Ouverture du cadavre, quarante-huit heures après la mort. *État extérieur.* — Rien de remarquable.

Tête. — Arachnoïde épaisse, un peu opaque près du sillon longitudinal, dans la largeur de 6 centimètres, adhérente à la dure-mère dans une partie de son étendue; infiltration sous-arachnoïdienne partielle et très peu considérable; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, trouble du côté droit.

L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère ne furent point examinés.

Poitrine. — Adhérences celluleuses fortes au sommet du poumon droit; le gauche parfaitement libre. Leur lobe supérieur était extrêmement friable, offrait une foule d'excavations peu considérables, communiquant entre elles et garnies d'une fausse membrane; dans leur intervalle se trouvaient beaucoup de granulations demi-transparentes, et un peu de tissu pulmonaire hépatisé. Les lobes inférieurs étaient sains. — Le cœur avait un volume convenable; les parois du ventricule gauche étaient amincies, celles du ven-

tricule droit, manifestement épaissies, les unes et les autres d'une consistance assez considérable. L'aorte était nuancée de rose dans plusieurs points, d'ailleurs parfaitement saine.

Abdomen. — L'estomac avait le volume qui lui est naturel; sa membrane muqueuse était pâle, sans la moindre lividité, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — Le duodénum était sain. — Il y avait des granulations tuberculeuses dans la dernière moitié de l'intestin grêle; plusieurs d'entre elles étaient légèrement ulcérées; sur d'autres, qui n'étaient pas ramollies, la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle du gros intestin était un peu ramollie dans le voisinage du cæcum, où elle offrait de petites ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre, sans tubercules. Dans le reste de son étendue elle n'avait rien de remarquable. — Le mésentère et les autres viscères de l'abdomen, dans l'état naturel.

L'histoire de la maladie que je viens d'exposer offre deux époques bien distinctes. Dans l'une, il y eut fièvre sans toux; dans l'autre, le mouvement fébrile fut accompagné de toux et d'expectoration. La phthisie existait-elle dans la première de ces deux époques, ou n'a-t-elle débuté que dans la seconde? Si, à l'examen du cadavre, on eût trouvé une lésion ancienne et grave de quelque viscère autre que les poumons, on pourrait lui attribuer les symptômes de la première époque; mais il n'en a pas été ainsi; on n'a observé de lésion de l'espèce de celle dont il s'agit que dans les poumons, en sorte que c'est à eux qu'il faut rapporter la fièvre sans toux de la première époque, puis la fièvre avec toux de la seconde; et avec d'autant plus de raison, qu'elle a conservé le même caractère dans l'une et dans l'autre: et comme la fièvre n'avait pas été précédée de catarrhe pulmonaire, il faut tirer de l'observation qui nous occupe cette double conséquence, que les tubercules peuvent se développer dans les poumons indépendamment du catarrhe

pulmonaire, et, une fois développés, exister longtemps d'une manière latente, c'est-à-dire sans exciter ni toux ni crachats.

Une autre circonstance donne encore beaucoup d'intérêt à cette observation ; je veux parler de la perte plus ou moins considérable et toujours croissante de l'appétit, pendant trois années, bien que la membrane muqueuse de l'estomac n'ait offert aucune espèce d'altération. C'est assurément un des faits qui montrent le mieux ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire plusieurs fois, qu'une fonction peut être lésée pendant un espace de temps considérable, sans que la structure de l'organe qui en est chargé soit sensiblement altérée ; que l'inappétence ne suffit pas pour caractériser une gastrite ; que la fièvre, je veux dire l'accélération du pouls, l'élévation de la chaleur, etc., peut, quelle qu'en soit la cause, amener le même résultat.

Enfin, cette observation est l'exemple fort rare du développement des tubercules dans les deux lobes supérieurs des poumons, exclusivement.

LIe OBSERVATION.

Un raccommodeur de soufflets, âgé de quarante-quatre ans, né de parents morts dans un âge avancé, d'une constitution médiocrement forte, ayant la peau blanche, les cheveux noirs et ordinairement une santé parfaite, fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 24 mars 1824. Il était petit mangeur, ne faisait d'excès en aucun genre, et accusait neuf mois de maladie. Au début : frissons suivis de chaleur et de sueurs, soif, anorexie, etc. ; la fièvre fut assez forte, pendant les deux premières semaines, pour exiger le repos du lit, après quoi elle diminua sans disparaître entièrement, toujours manifeste par une augmentation de chaleur, et quelquefois par des frissons ; la soif devint un peu moins considérable, l'appétit se releva sans se rétablir complètement, le malade put reprendre ses occupations et se maintint dans

cet état douteux, environ quatre mois, pendant lesquels il n'y eut pas de toux. Dans ceux qui suivirent, la fièvre persista, les frissons revinrent tous les jours, les forces tombèrent, le malade abandonna ses travaux, restant au lit une partie de la journée. Dans les *six dernières semaines*, l'anorexie fut complète, et bientôt *il s'y joignit un peu de toux*; en sorte qu'au moment où le malade vint à l'hôpital, elle existait depuis un mois seulement. J'insistai beaucoup sur ce fait, et le malade n'en continua pas moins à déclarer qu'il ne toussait pas du tout avant l'époque indiquée. Il accusait quatre mois d'oppression et d'enrouement, avait beaucoup maigri depuis lors, disait avoir eu quelquefois des douleurs entre les épaules, et, depuis trois ans, dix hémoptysies très considérables, dont la dernière ne datait que de quelques jours.

Le 25 mars: figure naturelle, insomnie, causée par la toux; crachats jaunes, verdâtres, non pelotonnés, au milieu d'un liquide clair et abondant; poitrine sonore; râle crépitant, presque universel, plus fort au sommet qu'à la base des poumons; respiration trachéale, pectoriloquie manifeste entre les épaules, et, du côté droit, pendant l'exercice de la parole, espèce de tintement métallique; pouls régulier, très peu accéléré, mais faible; langue humide et nette, pâle au pourtour, piquée de rouge au centre; bouche pâteuse, soif peu considérable, anorexie presque complète; haleine fétide; constipation depuis deux jours; tout le ventre souple et indolent.

Le 1er avril, l'état général du malade avait peu changé; il se plaignait de constipation et d'une extrême faiblesse; le tintement métallique était plus prononcé que les jours précédents; on entendait, antérieurement, du côté droit, un râle crépitant mêlé de gargouillement; la percussion de la poitrine rendait un son très obscur sous la clavicule gauche; il y avait un peu d'étouffement à l'épigastre.

Le 2: malaise, anxiété, augmentation de l'étouffement.

Ces symptômes firent de continuels progrès, et, le lendemain matin, à cinq heures, le malade mourut.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-SEPT HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Rien de remarquable.

Tête. — Infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable; glandes de Pacchioni adhérentes à la dure-mère, près de la scissure médiane; pie-mère un peu injectée; cerveau ferme et sain; deux cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux.

Cou. — Épiglotte, larynx et trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Les poumons adhéraient, dans toute leur étendue, à la plèvre costale; supérieurement, d'une manière intime, au moyen d'une fausse membrane très dense, de 2 millimètres d'épaisseur; et, au-dessous, par des filaments celluleux. Le poumon gauche offrait à son sommet une vaste excavation anfractueuse, traversée par des brides, revêtue par une fausse membrane semi-cartilagineuse qui était appliquée sur le tissu pulmonaire plus ou moins profondément altéré. Son lobe supérieur était dur, grisâtre, dans les deux tiers de son étendue, à partir du bord tranchant; avait, à l'intérieur, un aspect grenu, était véritablement hépatisé, peu consistant, friable, contenait encore beaucoup de tubercules et de matière grise demi-transparente: son lobe inférieur était un peu rouge et offrait une médiocre quantité de tubercules et de granulations. Il y avait au sommet du poumon droit une excavation semblable à celle que j'ai décrite dans le poumon gauche, plus vaste encore, et, dans le reste du lobe supérieur, beaucoup de tubercules et de granulations grises. — Les bronches qui communiquaient avec les deux grandes excavations étaient très rouges et très épaisses; les autres minces et d'une faible couleur rose. — Le cœur et l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — L'estomac avait un volume médiocre, con-

tenait une assez grande quantité de mucus épais et tenace. Sa membrane muqueuse était un peu rouge autour du cardia, grisâtre le long de la grande courbure, blanche dans le reste de son étendue, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, d'une consistance et d'une épaisseur convenables partout ailleurs. — Celle de l'intestin grêle était plus ou moins rouge dans quelques points, offrait, dans sa seconde moitié, cinq ulcérations peu considérables, parmi lesquelles plusieurs avaient des granulations tuberculeuses à leur centre. — Il y avait trois grandes ulcérations dans le cœcum; la membrane muqueuse du colon était rose dans quelques points, et, à cela près, parfaitement saine; les matières fécales étaient d'une belle couleur jaune, moulées, et d'une consistance ordinaire. — Les glandes mésentériques étaient un peu volumineuses, sans aucune altération de couleur ou de consistance. — Le foie était un peu pâle; la bile de la vésicule noirâtre, épaisse comme de la mélasse. — Les autres viscères de l'abdomen dans l'état naturel.

Entre cette observation et la précédente, il y a, comme on voit, une analogie presque complète sous le rapport de la simplicité de l'affection et de la marche des symptômes. La fièvre a devancé la toux, celle-ci n'a même existé que pendant les dernières six semaines, et, à l'ouverture du cadavre, on n'a trouvé de lésion grave et ancienne que dans les poumons. Aucun moyen, dès lors, d'attribuer la fièvre antérieure à la toux, à une lésion différente de celle de ces derniers viscères, et nécessité de conclure que les tubercules étaient bien antérieurs à la toux et indépendants du catarrhe bronchique.

Cette conclusion doit, en quelque sorte, paraître encore plus naturelle et plus évidente dans le cas actuel que dans celui qui précède; car ici la toux n'avait duré que six semaines, les excavations tuberculeuses étaient très vastes, et nous avons vu, au sujet de la phthisie aiguë surtout, que

des excavations semblables ne se forment ni en six semaines ni en deux mois, qu'elles supposent nécessairement que la maladie dont elles sont la suite existe depuis quatre à cinq mois au moins.

Ainsi, dans l'un et l'autre cas, les tubercules pulmonaires ont existé pendant un espace de temps plus ou moins considérable, sans déterminer de toux; mais ils ont donné lieu, dans cet état latent, à des symptômes fébriles plus ou moins intenses, à l'anorexie, à la maigreur, à la perte plus ou moins complète des forces. Dans les cas de cette espèce, peut-on remonter à la source du mal?

Dans celui dont il s'agit, la chose n'était pas impossible; car, deux années avant le début des symptômes fébriles, le sujet avait eu plusieurs hémoptysies; et, comme on l'a vu, l'hémoptysie annonce d'une manière sinon certaine, du moins infiniment probable, qu'il existe des tubercules dans les poumons. En supposant qu'on eût été appelé près du malade dans les premières semaines de la fièvre, on aurait donc dû, à l'aide des circonstances antérieures, soupçonner l'existence d'un plus ou moins grand nombre de tubercules pulmonaires, et, dès ce moment, l'auscultation aurait peut-être fixé tous les doutes : nouvelle raison de ne jamais négliger ce mode d'investigation, toutes les fois qu'il existe des symptômes fébriles dont la cause est ignorée, surtout s'ils ont été précédés d'une ou de plusieurs hémoptysies.

Parmi les phénomènes secondaires qui méritent quelque attention, il faut rappeler le tintement métallique, qui annonçait, suivant la remarque de Laënnec, une vaste excavation remplie d'air et de liquide; ce qui a été vérifié par l'autopsie. On doit encore signaler la disposition de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était presque parfaitement saine, bien que les fonctions digestives fussent dérangées depuis longtemps. Toutefois on ne pouvait compter sur une altération profonde de cette membrane, vu

l'absence de nausées et de vomissements. Enfin, les bronches étaient saines, à part celles qui communiquaient avec les excavations tuberculeuses ; ce qui indique, comme je l'ai remarqué plus haut, que leur épaississement et l'altération de leur membrane muqueuse est le résultat ordinaire du passage de la matière contenue dans les excavations, sur cette membrane.

LIIe OBSERVATION.

Une couturière, âgée de vingt-deux ans, née de parents sains, non sujette au rhume, ordinairement bien portante et douée de beaucoup d'embonpoint, fut admise à l'hôpital de la Charité le 9 septembre 1824. Elle avait la respiration courte depuis l'enfance, et était malade depuis deux ans et demi. Dans les sept premiers mois : fièvre continue avec accès quotidiens en froid et en chaud, vers quatre heures du soir ; ces accès diminuèrent successivement et disparurent tout-à-fait, sans qu'on leur eût opposé le moindre remède. Pendant leur cours, la malade garda constamment le lit, mangea peu (ayant perdu presque complètement l'appétit dès le début), et maigrit beaucoup.

Après cette époque, elle recouvra une faible partie de ses forces et de son embonpoint ; la dyspnée habituelle augmenta beaucoup, elle fut extrême *pendant les trois mois qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire du moment où la toux et l'expectoration s'établirent* ; car jusque là il n'y avait eu ni toux ni crachats : et sur ce point comme sur le reste, la malade, qui avait beaucoup d'intelligence et de mémoire, ne se démentit pas un instant. L'appétit fut toujours très faible, presque nul, la diarrhée constante, quelquefois considérable pendant les huit derniers mois, et accompagnée de coliques plus ou moins fortes. La faiblesse fit tous les jours des progrès ; la malade gardait le lit depuis cinq mois, quand je commençai à l'observer. Les frissons, suivis de chaleur et de sueur,

avaient reparu depuis cinq semaines; il n'y avait point eu d'hémoptysie.

Le 10 septembre: figure pâle, débilité extrême, facultés intellectuelles dans la plus parfaite intégrité; dernier degré de marasme; oppression très considérable, parole brève, toux forte le matin, faible le reste du jour; crachats verdâtres, peu abondants, demi-opaques; sous la clavicule gauche, la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite, la poitrine ne rendait aucun son dans la hauteur de 15 centimètres; il en était de même en arrière, dans la partie correspondante; à droite, la respiration semblait se faire comme dans l'état naturel; le pouls était faible et accéléré, la chaleur un peu forte; la langue pâle, l'appétit très faible; le foie dépassait les côtes de 9 centimètres; l'épigastre était indolent; il y avait eu trois selles, précédées de coliques, dans les dernières vingt-quatre heures. (*Décoct. bl.; solut. de sirop de g.; julep; riz, œuf.*)

Le 12, la malade accusa, pour la première fois, des douleurs au haut du larynx. Le 18, ces douleurs étaient à peu près les mêmes et n'existaient que pendant les efforts de la déglutition; l'appétit était un peu meilleur, la toux rare; il n'y avait pas de frissons. — Le 20: augmentation de la toux, étouffement, selles très fréquentes, sueurs copieuses. (*Pot. g. av. op., 5 centigr.*)

La diarrhée diminua rapidement, la toux fut variable, alternativement forte et faible; parfois il y eut des nausées ou même des vomissements d'un liquide clair, mêlé de mucus; l'anorexie fut complète, la voix sans altération.

Le 30, les douleurs du cou avaient cessé, la malade se plaignait de céphalalgie et de lassitudes dans les membres; la langue, les lèvres et l'intérieur des joues étaient couverts d'un grand nombre de plaques blanches et minces, au-dessous desquelles la membrane muqueuse était un peu plus rouge que dans l'état naturel; il n'y avait pas de picotements à la langue, et, le lendemain, les plaques avaient

disparu. La déglutition devint très gênée, les crachats se supprimèrent, le pouls perdit un peu de sa fréquence, ne battait que quatre-vingt-dix fois par minute, dans les deux derniers jours, et la malade mourut le 5 octobre, à dix heures du matin, ayant conservé la connaissance jusqu'à sa dernière heure, qu'elle voyait avancer avec effroi.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Rien de remarquable.

Tête. — Quatre petites cuillerées de sérosité dans la portie supérieure de l'arachnoïde; infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; pie-mère médiocrement injectée; substance corticale rosée, substance médullaire piquée de sang, mais à un faible degré. Une cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux; deux autres dans les fosses occipitales inférieures.

Cou. — La membrane muqueuse du pharynx était pâle, épaissie, offrait un grand nombre de petites ulcérations de 2 à 4 millimètres de diamètre. La membrane muqueuse de l'épiglotte était détruite dans la moitié de sa face inférieure; le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. — Le poumon gauche adhérait d'une manière intime à la plèvre costale; son lobe supérieur était enveloppé par une fausse membrane semi-cartilagineuse de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, unie, à son bord tranchant, avec une autre beaucoup moins épaisse, qui recouvrait, en partie, le poumon supérieur du côté droit. Le poumon gauche offrait, à son sommet, une vaste excavation qui s'étendait jusque près de son bord antérieur, à parois très minces en arrière, limitée inférieurement par une cloison anfractueuse, peu épaisse, qui la séparait d'une autre cavité régnant le long du bord postérieur du lobe inférieur. Le reste du lobe supérieur était transformé en matière grisâtre, opaque, non grenue, traversée par un grand nombre de cloisons blanches et fermes, qui semblaient, au premier coup d'œil, se

continuer avec la calotte semi-cartilagineuse qui a été décrite : et au milieu se trouvait un assez grand nombre de petites cavités tuberculeuses. L'excavation du lobe inférieur avait une médiocre capacité, contenait un liquide épais, d'un rouge vif ; était traversée, comme celle du lobe supérieur, par un grand nombre de brides formées de matière grise demi-transparente. Dans le reste de son étendue, ce lobe offrait des masses de matière grise demi-transparente assez considérables, au milieu desquelles se trouvait un grand nombre de granulations blanchâtres et jaunâtres. Le tissu intermédiaire était sain. — On voyait, au sommet du poumon droit, quelques petites excavations, et, dans toute son étendue, beaucoup de granulations ou de masses de matière grise demi-transparente, pareilles à celles du poumon gauche. Plusieurs d'entre elles avaient 3 centimètres de large sur 9 de long, et étaient piquées de points blancs, opaques, miliaires : les deux cinquièmes de l'organe étaient perméables à l'air. — Les bronches étaient un peu rouges, légèrement épaissies près des excavations, saines ailleurs.

L'artère pulmonaire, qui fut injectée, envoyait un très grand nombre de rameaux dans les parties saines, fort peu et seulement dans quelques unes des masses de matière grise demi-transparente. Je n'en trouvai aucun dans la matière grise et opaque du lobe supérieur du poumon gauche ; matière qui, suivant toutes les apparences, était le produit de l'inflammation chronique du parenchyme pulmonaire. Plusieurs brides des excavations tuberculeuses recevaient des ramifications artérielles d'un millimètre ou un peu moins de diamètre.

Le cœur était petit, ses parois un peu minces, mais d'une bonne consistance : l'aorte saine et étroite.

Abdomen. — L'estomac était allongé et presque entièrement recouvert par le foie ; sa membrane muqueuse était d'un rose assez vif, un peu moins consistante que d'ordinaire, dans la portion correspondant à sa face antérieure, par-

faitement saine ailleurs. — Il y avait quelques petites ulcérations dans le dernier sixième de l'intestin grêle, et, entre elles, beaucoup de granulations blanches, opaques, comme semi-cartilagineuses, qui augmentaient de volume et de nombre en approchant du cœcum. Dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse était, sauf quelques taches rouges, dans l'état naturel. — Le cœcum, le colon ascendant et le transverse, offraient huit ulcérations irrégulières, de 9 à 13 centimètres de surface. La membrane muqueuse était détruite à leur niveau, et le tissu cellulaire sous-muqueux inégal et épaissi. Dans les espaces intermédiaires et dans le reste de son étendue, la membrane muqueuse était un peu ramollie, doublée d'épaisseur, et, dans quelques points, violacée — Les glandes mésentériques étaient petites et saines. — Le foie débordait les côtes de trois travers de doigt, était un peu fauve, piqué de rouge, et avait, dans plusieurs points, une couleur beaucoup plus pâle que dans le reste de sa masse : il n'était pas évidemment gras La bile de la vésicule était noirâtre et avait presque la consistance de la mélasse. — La rate était un peu volumineuse et ramollie ; le reste des viscères dans l'état naturel.

Les réflexions faites au sujet des observations précédentes s'appliquent naturellement à celle-ci. Quand la malade fut soumise à mon examen, la toux n'existait que depuis deux mois, et déjà, néanmoins, il y avait, dans le poumon gauche, de grandes excavations, c'est-à-dire d'une date bien antérieure à la toux. Les tubercules avaient donc devancé celle-ci, et ils ne peuvent pas être considérés comme le résultat d'un catarrhe pulmonaire. L'état de la membrane muqueuse de l'estomac annonçait une lésion récente ; les ulcérations intestinales, qui dépendaient de la phthisie, lui étaient consécutives ; c'est donc aux poumons, seuls organes anciennement et profondément altérés, qu'il faut attribuer les phénomènes fébriles si intenses éprouvés par la malade

dans les six premiers mois de sa longue maladie; car personne, sans doute, ne croira que la fièvre dont il s'agit fût intermittente; une fièvre de cette espèce n'ôtant ni l'appétit, ni les forces, au point d'obliger les malades à garder le lit.

Peut-être trouvera-t-on mes conclusions téméraires; mais que l'on réfléchisse que la malade avait beaucoup d'intelligence et de mémoire, qu'elle a été interrogée avec soin, que ses viscères ont été scrupuleusement examinés après sa mort; et l'on conviendra que les faits étant bien constatés, mes conclusions ne sont que rigoureuses. Ne tirons aucune conséquence des faits douteux, mais ne craignons pas de conclure des faits bien constatés, surtout quand ils sont simples et que les complications n'en rendent pas l'interprétation difficile.

La rougeur unie à un léger ramollissement de la membrane muqueuse qui revêt la face antérieure de l'estomac, était, comme je l'ai dit, une lésion récente; et les légères douleurs à l'épigastre, les nausées qui n'ont eu lieu qu'après l'entrée de la malade à l'hôpital, confirment cette manière de voir : en sorte qu'ici, comme dans les deux premières observations de ce chapitre, l'anorexie plus ou moins complète, éprouvée par la malade longtemps avant sa mort, tenait, non à une lésion appréciable de la membrane muqueuse de l'estomac, mais sans doute à des phénomènes généraux, peut-être à la fièvre, dont l'estomac subissait l'influence comme les autres organes.

Sans m'arrêter à la distribution de l'artère pulmonaire, pour laquelle je renvoie à ce qui a été dit dans la première partie de cet ouvrage, je remarquerai que le poumon gauche était presque entièrement converti en excavations, ou en matière grise, louche ou demi-transparente; qu'à peine les deux cinquièmes du parenchyme de celui du côté droit étaient perméables à l'air, et que c'est presque uniquement

à cela qu'étaient réduits les poumons sous le rapport de l'exercice de leurs fonctions.

L'observation suivante est encore l'exemple d'une phthisie latente, dont la marche a été si obscure et si lente, qu'elle n'a pas été reconnue pendant la vie.

LII. OBSERVATION.

Une femme, âgée de trente et un ans, d'une constitution délicate, d'une sensibilité très vive, ayant l'haleine courte depuis l'enfance, se plaignait d'éprouver de fréquentes indispositions depuis plusieurs années. Elle assurait ne pas être sujette au rhume; mais, en remontant aux premiers dérangements de sa santé, j'appris qu'elle crachait un peu tous les matins depuis sept ans, et qu'elle avait toussé d'une manière continue pendant les dix-huit premiers mois de cette époque. D'ailleurs, la toux avait été peu incommode, s'était dissipée spontanément, au milieu d'un voyage assez long et pendant un séjour de trois mois sur les bords de la mer, sans que la malade eût apporté le moindre changement à ses habitudes. Elle ne se rappelait pas avoir été enrhumée depuis; mais les brouillards et les odeurs fortes rappelaient momentanément la toux. La dyspnée habituelle fut un peu plus considérable dans les trois dernières années. Au commencement de cette époque, les digestions devinrent lentes; il y eut, par intervalles, de la pesanteur et des picotements dans l'hypochondre droit, la peau prit une teinte un peu jaunâtre, on crut à une affection organique du foie, et, pendant quatre ou cinq mois, la malade prit du mercure doux, de fréquents purgatifs, observa une diète sévère, bien que l'appétit fût à peu près le même que dans l'état naturel. Ce traitement n'eut aucun succès. Dans la suite, les digestions devinrent plus lentes encore, l'appétit se déprima, et les règles, suspendues à différentes reprises trois ou quatre mois de suite, manquaient depuis sept mois, quand la malade fut admise à l'hôpital de la

Charité, le 2 janvier 1823. Elle avait été sujette aux maux de gorge et aux palpitations, la soif avait été parfois considérable avant les trois dernières années ; il n'y avait pas eu d'hémoptysie.

Le 2 janvier : couleur un peu jaunâtre de tout le corps, conjonctives dans l'état naturel, figure tachée, par intervalles, d'une légère teinte de bistre ; sentiment de faiblesse assez considérable, fatigues dans les membres, picotements dans les jambes, le dos, ou sur les côtés de la poitrine ; parole un peu brève ; nulle oppression dans le repos, essoufflement dès que la malade prend un peu d'exercice ; ni *toux* ni crachats ; la poitrine était sonore dans toute son étendue, le bruit respiratoire ne présentait rien de remarquable, si ce n'est sous l'omoplate droite, où il paraissait plus dur que du côté gauche, dans le point correspondant ; le pouls était un peu accéléré, la chaleur douce ; la langue parfaitement nette, humide et d'un rose tendre ; l'appétit déprimé, la soif nulle, la digestion facile, surtout celle des matières animales ; on sentait une rénitence aplatie à la région de l'épigastre ; les hypochondres étaient souples, les selles rares, l'urine abondante et facile. La malade ne se plaignit que de faiblesse et d'un peu de douleur à la nuque. (*Tis. de sapon. miellée ; ext. de gen. 4 grammes bis ; quart de portion.*)

Elle resta neuf mois à l'hôpital, où elle mourut le 28 septembre. Durant cette période je l'observai tous les dix jours, beaucoup plus souvent le dernier mois, et je fis les remarques suivantes. Il y eut un peu de toux à la fin de février ; puis, et jusqu'au mois de septembre, la malade m'assura fréquemment qu'elle ne toussait pas : sa respiration était fort accélérée au moindre mouvement, mais l'absence de la toux donnant à croire que la dyspnée n'était que le résultat de la faiblesse, j'y fis peu d'attention. Dans les *quinze derniers jours de septembre la toux fut assez forte, et je l'entendis pour la première fois.* Le 22, on observa quel-

ques crachats pelotonnés qui firent soupçonner la phthisie ; mais l'auscultation, pratiquée d'une manière imparfaite le même jour, ne donna aucun résultat décisif.

Le pouls fut toujours petit et faible ; peu accéléré dans les six premiers mois, il le devint ensuite tous les jours davantage. Il y eut assez ordinairement un peu de chaleur dans la soirée, et, dans le dernier mois seulement, quelques frissons et des sueurs nocturnes à la poitrine et au cou.

L'appétit fut variable ; dans les sept premiers mois la malade mangeait le quart ou le demi-quart de portion, puis l'anorexie devint complète. Les digestions, presque constamment pénibles, le furent un peu moins pendant une partie des quatrième et cinquième mois, durant lesquels on ordonna des bols amers faits avec le fiel de bœuf. Il y eut quelques nausées dans les quarante derniers jours. Au commencement et dans le cours de cette dernière époque, la malade se plaignit d'éprouver des douleurs le long du cou et d'avoir la déglutition gênée, surtout quand les liquides ou le bol alimentaire étaient sur le point de franchir le cardia. La soif fut toujours assez vive dans la soirée.

A partir du cinquième mois, le foie dépassa le rebord des côtes, et la malade sentait un poids tomber à droite ou à gauche, suivant le côté sur lequel elle se couchait.

La langue fut constamment le siége d'ardeur et de picotements incommodes, et conserva sa couleur naturelle jusque dans les derniers jours d'août. Dès lors elle se couvrit de petites plaques blanches, arrondies, plus ou moins épaisses, qui persistaient un ou deux jours, et reparaissaient après le même temps, un peu plus tôt, un peu plus tard. Elle conserva encore sa couleur habituelle dans les premiers jours qui suivirent l'apparition des plaques, puis elle devint rouge. Une semblable exsudation eut lieu sur le palais, à l'intérieur des joues et à la face postérieure des lèvres.

Les coliques furent fréquentes, et quelquefois très vives ; il

y eut, par intervalles, un peu de diarrhée dans les six derniers mois.

La nuance jaune de la peau persista, et, vers la mi-juillet, les taches du visage étaient d'une couleur beaucoup plus foncée qu'à l'époque à laquelle j'observai la malade pour la première fois; sa figure semblait couverte d'un masque. Le bas des jambes fut œdémateux dans les derniers six mois; la faiblesse fit des progrès lents, et la malade ne garda le lit que dans les quinze derniers jours.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme; infiltration légère au bas des jambes.

Tête. — Quelques glandes de Pacchioni le long de la scissure médiane; cerveau un peu jaunâtre à sa surface, d'un tissu ferme : le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. — La base de la langue était un peu rouge et couverte de fausses membranes pultacées; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel; la trachée-artère était remplie de mucosités semblables à une écume blanchâtre, sa membrane muqueuse était dans l'état naturel.

Poitrine. — Le poumon gauche était libre; le droit offrait de faibles adhérences à son sommet, vis-à-vis une excavation tuberculeuse considérable, tapissée par une fausse membrane mince et appliquée, dans presque toute sa surface, sur le tissu pulmonaire sain. Beaucoup de petites excavations, communiquant avec celle-ci, étaient environnées d'un tissu légèrement infiltré ou endurci. Les deux tiers inférieurs de ce poumon étaient engoués et d'un rouge pâle. L'engouement était moins considérable dans le poumon gauche, qui offrait, à son sommet, plusieurs cavités de peu d'étendue, enduites d'un détritus tuberculeux. De part et d'autre, les bronches qui communiquaient avec les excavations, étaient d'un rose très tendre et fort minces; les autres étaient pâles : dans toutes, la membrane muqueuse

avait une épaisseur et une consistance normales. — Il y avait environ 180 grammes de sérosité dans la plèvre gauche. — Le cœur était d'un médiocre volume; la membrane interne du ventricule gauche et celle de l'aorte étaient d'un rouge vif, et cette couleur pénétrait assez profondément la tunique moyenne de l'artère, qui n'offrait aucun changement d'épaisseur ou de densité.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'œsophage était pâle et tapissée, dans toute sa longueur, par une fausse membrane pultacée, qui semblait n'être que juxtaposée. — L'estomac avait un petit volume; sa membrane muqueuse et celle de l'intestin grêle étaient parfaitement saines dans toute leur étendue, sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur. Celle du colon était grisâtre et molle comme du mucus dans ses deux derniers tiers. — Les glandes mésentériques étaient dans l'état naturel. — Le foie, sans avoir augmenté de volume, dépassait les côtes de trois doigts, était d'un jaune foncé, gomme-gutte, d'une consistance moyenne et gras. La bile de la vésicule était roussâtre et épaisse. — Les reins étaient pâles et un peu volumineux; les autres viscères de l'abdomen parfaitement sains.

Ici, la marche latente de la maladie est d'une évidence telle que de longues réflexions à cet égard seraient tout-à-fait superflues. Pendant les neuf mois qu'elle passa à l'hôpital, la malade n'eut, en quelque sorte, point de toux, à part les quinze derniers jours de son existence; et personne, assurément, ne voudra mettre en doute que les excavations tuberculeuses ne fussent de beaucoup antérieures à cette époque; en sorte que la seule chose qui offre quelques difficultés, est la fixation du début de la maladie. — Si, à l'ouverture du cadavre, les poumons eussent été les seuls viscères plus ou moins profondément altérés; si les autres organes eussent été sains, ou seulement le siége de quelque lésion

récente; nul doute qu'on ne dût faire remonter le début de la phthisie à l'époque à laquelle la santé de la malade commença à être altérée. Mais le foie offrait une lésion évidente et probablement ancienne; on a longtemps pensé qu'il était le seul organe souffrant, et l'on sera peut-être porté à croire que la plupart des symptômes généraux qui ont eu lieu, plusieurs années avant la mort, doivent lui être rapportés. Si néanmoins on réfléchit que trois ans avant l'altération de la couleur de la peau, la malade avait eu un catarrhe pulmonaire chronique, fort léger il est vrai, mais continu pendant dix-huit mois; qu'après sa disparition, la toux se renouvelait par les moindres causes, les odeurs, les brouillards, etc.; que la lésion du foie était une de celles qui paraissent propres à la phthisie, en dépendent et lui sont par conséquent postérieures en date, on sera porté à croire que l'existence des tubercules pulmonaires remontait à l'époque du catarrhe chronique, et on leur rapportera le malaise et tous les symptômes éprouvés par la malade depuis ce moment jusqu'à sa mort. Ajoutons qu'il serait impossible de concevoir la faiblesse, et, pour ainsi dire, la bénignité des accidents, si la cause à laquelle on doit les rapporter n'eût agi avec lenteur, si le développement des tubercules n'eût été extrêmement chronique.

J'ai supposé que l'altération de la couleur de la peau était due au foie; mais la chose peut paraître douteuse, vu l'état de la conjonctive, et parce que, dans aucun des autres cas où la transformation graisseuse du foie existait, je n'ai observé de changement analogue dans la couleur de la peau. Remarquons toutefois que la malade avait éprouvé des picotements et un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit, ce dont les autres malades ne s'étaient jamais plaints, dans les mêmes circonstances.

Il existait, tout le long de l'œsophage, une fausse membrane de même nature que celle qui avait été observée sur la langue et les parois de la bouche: pendant un mois, la

déglutition œsophagienne fut plus ou moins pénible, il y eut des douleurs au cou ; et, comme la trachée-artère était saine, on doit être porté à croire que l'un et l'autre symptôme étaient dus à un état inflammatoire de la membrane muqueuse de l'œsophage, qui aura déterminé l'exsudation membraniforme indiquée. Cette opinion me semble très probable, bien que j'aie rencontré fréquemment une exsudation semblable à celle qui nous occupe, sans observer les symptômes qui viennent d'être rappelés.

Remarquons encore que malgré les variations fréquentes, la diminution, puis la perte complète de l'appétit, pendant un espace de temps assez considérable, la membrane muqueuse de l'estomac était parfaitement saine.

La structure des excavations pulmonaires mérite aussi quelque attention ; car la plus considérable d'entre elles était tapissée par une fausse membrane qui reposait sur le tissu pulmonaire, presque parfaitement sain ; les cas de cette espèce sont rares, et c'est seulement dans leurs analogues, quand il n'y a qu'un petit nombre de tubercules dans les poumons, qu'il est possible de concevoir la guérison de la phthisie par le rapprochement des parois des excavations. Enfin, à part une faible couleur rose dans la partie des bronches voisines des excavations, ces organes étaient parfaitement sains et repoussaient, avec l'histoire des symptômes, toute idée de catarrhe pulmonaire chronique, comme cause des tubercules.

LIVe OBSERVATION.

Une fille, âgée de vingt et un ans, d'une santé délicate, d'une sensibilité très vive, avait quitté, depuis deux mois, l'état de mercière, pour entrer dans une communauté religieuse : elle était parfaitement bien conformée, avait un médiocre embonpoint, se disait malade depuis six semaines, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 25 septembre 1822. Elle attribuait sa maladie à une nourriture

grossière. L'évacuation menstruelle, établie à l'âge de quinze ans, avait eu lieu tous les quinze jours, dans les trois premières années; puis un peu moins fréquemment, toujours d'une manière inégale et accompagnée de vives douleurs, dans les lombes surtout. Dès sa première apparition il y avait eu des flueurs blanches, et assez souvent des douleurs à l'épigastre : ces dernières étaient beaucoup plus considérables depuis six semaines, au point que la malade ne pouvait plus rien supporter sur le ventre; elles étaient exaspérées par les légumes grossiers, comme les haricots, étaient très vives la nuit, et cédaient, en partie, pendant une heure environ, à un élixir qui déterminait beaucoup d'ardeur à l'épigastre. Des nausées s'y étaient jointes, l'anorexie était devenue presque complète; la malade avait de fréquentes coliques, quelquefois un peu de dévoiement; et, depuis trois semaines, des frissons qui revenaient tous les jours, suivis de chaleur et d'un peu de sueur : *il n'y avait point eu de toux*, et la dyspnée, qui existait depuis l'enfance, ne semblait pas avoir sensiblement augmenté.

Le 25 septembre : figure pâle, chairs médiocrement fermes, embonpoint peu diminué, sommeil par intervalles; céphalalgie rare, sentiment de faiblesse assez considérable; respiration un peu gênée, oppression rapportée à l'épigastre; ni toux, ni crachats; pouls à peine accéléré, chaleur naturelle; langue humide, un peu blanchâtre, bouche mauvaise et pâteuse, anorexie sans soif; douleur au-dessous de l'appendice xiphoïde et à l'ombilic, sans élévation de la chaleur locale; légère augmentation du volume de l'abdomen, constipation depuis quelques jours. (*Sol. d'oxy. s. bis; lav. émol., deux demi-cr. de riz.*)

L'oxymel paraissant exciter du dégoût, on lui substitua une légère infusion de chicorée; la malade s'en plaignit encore, et on ordonna, pour boisson, du thé faible, coupé avec une petite quantité de lait.

Le 4 octobre, il existait quelques douleurs de gorge : la

respiration était très gênée, parfois haletante, très variable; on entendait une pectoriloquie imparfaite du côté droit de la poitrine, en arrière et en haut, et quelquefois vis-à-vis l'angle de l'omoplate; la voix semblait saccadée; ailleurs, la respiration paraissait se faire comme dans l'état naturel: il n'y avait ni *toux*, ni douleur de poitrine; la chaleur était un peu élevée, le pouls fréquent dans la soirée, la douleur épigastrique au même degré que les autres jours.

Le 9, il y avait un peu de toux; la respiration était trachéale, la pectoriloquie parfaite entre les épaules, plus à droite qu'à gauche. J'insistai auprès de la malade sur l'état de la respiration avant son arrivée à l'hôpital, et, pour toute réponse, elle me dit qu'elle était enrhumée chaque hiver pendant un mois ou deux, qu'elle *n'avait pas toussé une seule fois depuis un an*.

A compter de ce jour, jusqu'à la mort, qui arriva le 17 novembre, l'état de la poitrine fut à peu près stationnaire; les crachats furent peu abondants, tantôt légers et muqueux, tantôt entièrement opaques et comme déchiquetés; la toux généralement forte la nuit. Il y eut, par intervalles, des accès de dyspnée, la nuit principalement, et la fréquence du pouls n'augmenta que dans les trois dernières semaines. Le soir, la chaleur était élevée; il n'y avait ni sueurs ni frissons.

On ordonna quelques bains qui ne soulagèrent que momentanément les douleurs épigastriques; celles-ci furent bientôt très vives, étaient ordinairement accompagnées de chaleur locale, et cessèrent deux jours avant la mort. Il y eut des vomissements de bile dès le 20 octobre, et ils persistèrent jusqu'au terme fatal, répétés une ou plusieurs fois dans la journée, d'autant plus fréquents qu'on s'éloignait davantage de leur début: la malade ne pouvait supporter trois jours de suite les mêmes boissons, tout lui répugnait. La langue finit par se sécher; il y eut des coliques et de la

diarrhée. La dernière nuit fut fort agitée, mais la malade conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-SEPT HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Deuxième degré de marasme; couleur livide de la joue droite sur laquelle la tête était inclinée.

Tête. — Légère infiltration sous-arachnoïdienne : le cerveau et ses dépendances parfaitement sains.

Poitrine. — Un peu de sérosité claire dans la cavité des plèvres. Poumons libres, mous, crépitants, sains à leur base, durs à leur sommet, où je trouvai un assez grand nombre de tubercules enkystés; les uns vidés ou seulement ramollis, la plupart encore à l'état de crudité. On séparait aisément les kystes du tissu pulmonaire au milieu desquels ils étaient développés, et, dans leur intervalle et au-dessous, on voyait beaucoup de granulations grises et jaunâtres au centre. Les bronches étaient minces et d'un rouge foncé; — le cœur était petit, l'aorte d'une couleur amarante.

Abdomen. — Il y avait un peu de sérosité roussâtre dans les flancs, et un verre de pus bien lié, jaune-verdâtre, dans le petit bassin. — Des adhérences assez intimes unissaient l'épiploon avec l'intestin grêle, et quelques unes des circonvolutions de celui-ci entre elles, au niveau des ulcérations. — Il existait beaucoup de granulations miliaires à la surface de l'intestin grêle, presque toutes demi-transparentes, quelques unes seulement un peu opaques au centre, toutes développées à la face adhérente du péritoine. — La membrane muqueuse de l'estomac était rouge au niveau de son grand cul-de-sac, dans la largeur de 6 centimètres; parfaitement saine dans les environs du pylore et à sa face antérieure, molle comme du mucus dans le reste de son étendue. — On voyait un grand nombre d'ulcérations dans toute la longueur de l'intestin grêle, transversales, dis-

tantes les unes des autres de 6 à 10 centimètres : plusieurs d'entre elles formaient l'anneau complet. Dans leur intervalle, la membrane muqueuse était saine ; à leur niveau, elle était entièrement détruite, et le tissu cellulaire sous-muqueux assez mince et grisâtre ; dans quelques points la membrane musculaire était mise à nu, épaissie, et, par intervalles, ses faisceaux étaient séparés par des granulations tuberculeuses. — Les colons transverse et lombaire droit offraient deux ulcérations comme étoilées, de la largeur d'un écu de six francs et au-delà, ayant la même structure que celles de l'intestin grêle : entre elles s'en trouvait une plus petite, qui reposait immédiatement sur le péritoine. La membrane muqueuse était pâle et très ramollie dans le colon transverse. — Les glandes mésentériques étaient plus ou moins complètement tuberculeuses, et la partie de la glande qui n'avait pas subi cette transformation, d'un rouge plus ou moins vif. — Le foie était volumineux, pâle, fauve, piqué de rouge, facile à déchirer, gras : la vésicule un peu petite, remplie d'une bile noirâtre, visqueuse, semblable à de la mélasse. — Les autres viscères de l'abdomen, sains.

Que dans ce cas la phthisie ait été latente, c'est une chose hors de doute, par le seul fait de la pectoriloquie, constatée avant la toux. Mais à quelle époque faire remonter le début des tubercules ? C'est ce qu'il me semble impossible de déterminer. Car si nous allons au-delà des six semaines qui ont précédé l'admission de la malade à l'hôpital, c'est-à-dire au-delà de l'époque assignée par elle au début de sa maladie, il n'y a pas plus de raison de s'arrêter au dernier *rhume* qu'à ceux qui l'avaient précédé ; puisque la santé était bonne dans leur intervalle. Toutefois, la grandeur, le nombre et la structure des ulcérations de l'intestin grêle, me semblent indiquer que les tubercules pulmonaires, dont ils dépendaient, existaient antérieurement à l'époque dont il s'agit.

Le pus épanché dans le petit bassin était le produit d'une péritonite aiguë récente, qui n'aura sans doute existé que dans les dernières vingt-quatre heures de la vie: du moins suis-je porté à le croire, soit parce que les symptômes de la péritonite n'existaient pas quand je vis la malade pour la dernière fois, soit parce qu'elle éprouva, dans la nuit où elle mourut, une agitation extraordinaire, sans perte de connaissance, et qu'à la suite d'autres maladies chroniques, j'ai observé la même agitation, à la même époque et dans les mêmes circonstances seulement. Toutefois, cette manière de voir n'est qu'une conjecture, à laquelle je ne me livre que pour montrer que les derniers moments des malades ne sont pas sans intérêt pour l'observateur.

LIe OBSERVATION.

Une cuisinière, âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution faible et délicate, d'une taille moyenne, ayant eu des flueurs blanches avant la première apparition des règles, était malade depuis six semaines, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité. Elle avait éprouvé, au début, des coliques et des douleurs d'une nature difficile à déterminer ; ces douleurs, assez vives et sans fièvre dans les premières semaines, diminuèrent dans les suivantes ; la fièvre survint, et fréquemment il y eut, dans la soirée, des frissons suivis de chaleur et de sueurs. L'appétit baissa dès les premiers jours, bientôt l'anorexie fut presque complète, et la malade ne prit un peu de nourriture que dans la matinée, ayant observé que les coliques augmentaient beaucoup quand elle mangeait le soir. Une diarrhée peu considérable suivit l'usage de quelques pilules purgatives, administrées les quinze premiers jours ; la soif fut à peine légèrement augmentée ; il n'y eut pas de toux. Les règles avaient paru à leur époque ordinaire, le 16 du mois dernier.

Le 15 juillet 1824, lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital : figure médiocrement animée, sans céphalal-

gie, diminution peu considérable des forces; poitrine sonore, respiration naturelle dans toute son étendue, *ni toux ni crachats;* néanmoins la malade avait eu, dix-neuf mois auparavant, à la suite d'un *rhume* prolongé, une hémoptysie qui avait duré six semaines, et ce rhume avait récidivé l'hiver suivant; dans l'intervalle et depuis, la respiration était restée moins libre qu'avant; mais il n'y avait point eu de toux; la chaleur était peu considérable, le pouls très légèrement accéléré; la malade avait eu quelques frissons la veille, dans la soirée; la langue était large, médiocrement humide, couleur café au lait, la bouche pâteuse et amère, la soif nulle; les boissons tièdes excitaient du dégoût; les fraîches, des coliques plus ou moins fortes; le ventre était un peu bombé dans toute son étendue et sensible à la pression; l'épigastre était douloureux et ses douleurs augmentaient par toute espèce de mouvement et dans le paroxysme fébrile du soir; les coliques se faisaient sentir par intervalles, il y avait deux selles tous les jours. (*Sol. de sir. de g.; lavem. de lin; fom. ém.; bain de siége; 2 soupes.*)

Depuis lors jusqu'au terme fatal, 26 août, *il n'y eut pas de toux*, si ce n'est dans les dix derniers jours, la malade, qui attribuait cette toux à la nécessité de se découvrir la nuit pour diminuer la chaleur qui l'incommodait, y fit peu d'attention, et sa faiblesse m'empêcha de pratiquer l'auscultation; la chaleur fut plus ou moins considérable dans la soirée, quelquefois précédée de frissons, toujours suivie de sueurs. Dans les derniers temps, le pouls devint très accéléré, petit et faible.

Le 17 juillet, la malade rendit quelques gorgées de bile; bientôt les vomissements devinrent plus copieux et plus fréquents, eurent lieu presque journellement jusqu'à la mort, et parfois ils remplissaient, dans un même jour, plusieurs crachoirs d'une bile jaune ou verte. Les douleurs épigastriques furent très fortes, étaient accompagnées de chaleur, augmentaient un peu avant les vomissements, et ne furent sen-

sibles que de cette manière, à compter du milieu d'août. Le ventre prit encore un peu plus de volume, était fréquemment douloureux et chaud; la diarrhée ne fut ni considérable ni continue; l'appétit, ordinairement très déprimé ou nul, se réveillait quelquefois, et alors la malade prenait un peu de soupe ou un œuf avec plaisir, sans que l'une ou l'autre excitât de vomissement.

La faiblesse fit des progrès rapides. Le 26 août, à l'heure de la visite, la malade se sentait mourir et me fit remarquer des taches lenticulaires, bleuâtres, qui venaient de se développer à la poitrine et aux mains. Elle mourut le même jour, à trois heures du soir.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort. *État extérieur.* — Dernier degré de marasme: flaccidité des membres; persistance des taches lenticulaires, bleuâtres, observées pendant la vie: pas la moindre vergeture.

Tête. — Cerveau plus ferme dans sa moitié supérieure que dans l'inférieure: deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux: la protubérance annulaire et le cervelet peu consistants.

Cou. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. — Le poumon droit adhérait d'une manière intime à la plèvre costale, dans toute son étendue; son lobe supérieur fourmillait de granulations grises demi-transparentes, plus ou moins opaques à leur centre: il n'y en avait pas dans l'inférieur. Le poumon gauche offrait des adhérences celluleuses, lâches, des granulations grises dans toute son étendue, et, à son sommet, une excavation tuberculeuse de moyenne grandeur, tapissée par une membrane semi-cartilagineuse qui était appliquée sur le parenchyme pulmonaire sain, ou sur des granulations, et recouverte par une exsudation couenneuse. Les bronches étaient saines. — Le cœur était un peu petit: l'aorte dans l'état naturel.

Abdomen. — Les viscères et les parois de l'abdomen étaient tapissés, dans presque toute leur étendue, par une fausse membrane grisâtre, se correspondant à elle-même immédiatement, ou au moyen d'une matière d'un blanc jaunâtre, d'un aspect mat, plus ou moins ferme et cassante, en un mot, tuberculeuse, et disposée par plaques plus nombreuses et plus larges dans le petit bassin que partout ailleurs. — L'estomac avait un médiocre volume et contenait une certaine quantité de bile. Son grand cul-de-sac offrait un aspect blanc-bleuâtre, dans une assez grande étendue, et, dans les points correspondants, la membrane muqueuse était extrêmement mince et molle comme du mucus. Pareille lésion existait près du pylore, dans une surface de 36 centimètres environ. Entre cette lésion et la première, on observait encore l'amincissement, mais sous forme de bandes de 6 à 10 millimètres de large, entre lesquelles la membrane muqueuse était parfaitement saine. — Celle de l'intestin grêle offrait quelques petites ulcérations et un ramollissement extrême dans toute son étendue : celle du gros intestin était beaucoup moins ramollie, présentait deux ulcérations de 6 millimètres de diamètre, et un peu de rougeur dans le rectum. — Le foie était un peu plus rouge que dans l'état naturel, se rompait très aisément. La bile de la vésicule avait une couleur capucine et une médiocre densité. — La cavité de l'utérus et la moitié supérieure de son col étaient d'un blanc jaunâtre, avaient un coup d'œil mat et une surface inégale ; ce qui provenait de la transformation de leur couche superficielle en une matière tuberculeuse très ferme, de 2 millimètres d'épaisseur environ. Au-dessous de cette couche, qui formait un plan non interrompu, se trouvaient encore des granulations miliaires de la même nature. Dans le reste de leur épaisseur, les parois de l'utérus étaient saines.

Sous quelque rapport que nous envisagions cette observation et la précédente, nous trouvons entre elles la plus

grande analogie. A peu près même âge, même constitution, même disposition des sujets aux affections catarrhales de longue durée, mêmes symptômes gastriques; à peine un peu de toux dans les derniers temps de la maladie; et, à l'ouverture des corps, lésions analogues des poumons et de la membrane muqueuse de l'estomac. Ici, comme dans le cas précédent, l'affection tuberculeuse était bien antérieure à la toux; et, à raison de l'hémoptysie qui avait eu lieu dix-huit mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, et d'un peu de dyspnée qui s'était maintenue depuis, on peut croire que le développement des tubercules remontait à cette époque.

L'état de l'utérus et de la cavité péritonéale était digne d'attention. Une fausse membrane recouvrait la paroi antérieure de l'abdomen et tous les viscères qu'il contient; entre ses deux feuillets se trouvait une matière d'un jaune mat, disposée par plaques plus ou moins larges; et quelques personnes voudront peut-être considérer cette matière comme du pus concret. Mais si je fais remarquer que ces caractères sont ceux des tubercules, que je n'ai jamais rencontré de semblable lésion que chez les phthisiques, qui m'ont aussi offert, exclusivement, le développement de la matière tuberculeuse; qu'il n'est pas plus difficile de concevoir la production de cette matière à la surface d'une fausse membrane, qu'à la surface des uretères, des conduits déférents et des vésicules séminales (Obs. 5 et 6), on conviendra qu'il est impossible de ne pas considérer les plaques dont il s'agit comme tuberculeuses.

Quant à la transformation de la couche superficielle de la face interne de l'utérus en matière tuberculeuse, je remarquerai qu'elle a dû s'opérer assez promptement, les règles n'ayant pas été dérangées avant l'admission de la malade à l'hôpital.

Il est encore digne d'attention que le développement de la matière tuberculeuse était général et au même degré dans

tous les organes où il existait; que cela semble indiquer, comme je l'ai déjà dit, l'action d'une seule et même cause agissant à la fois, et dans le même temps, sur plusieurs parties.

Les six observations qui viennent d'être rapportées ne sont pas les seules du même genre que j'aie recueillies; deux de celles que j'ai exposées plus haut auraient pu trouver place ici. L'une (Obs. 5) était relative à un homme qui mourut après cinq mois d'une diarrhée très forte, n'ayant eu de toux que dans les six dernières semaines de son existence, et chez lequel je trouvai beaucoup de tubercules, d'excavations pulmonaires et d'ulcérations très vastes dans les intestins. La grandeur du désordre indiquait, d'une manière certaine, que les tubercules pulmonaires existaient bien antérieurement à la toux; et comme la diarrhée tenait probablement, dès son début, aux ulcérations intestinales commençantes (lesquelles sont, comme je l'ai dit, une des suites de la phthisie), on doit admettre que l'existence des tubercules pulmonaires remontait à la même époque. — Il s'agissait, dans l'autre cas, d'une jeune fille de dix-neuf ans, malade depuis sept mois, et toussant depuis quelques semaines seulement, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité (Obs. 9): alors la pectoriloquie existait, les crachats étaient déchiquetés, et il devenait évident, par cette double raison et par d'autres encore, que les tubercules pulmonaires avaient existé bien avant la toux.

Ainsi, sur cent vingt-trois cas de phthisie, huit, ou la quinzième partie, étaient l'exemple de tubercules pulmonaires latents, c'est-à-dire antérieurs à la toux de six mois à deux ans. Cette proportion, bien qu'assez considérable, est très inférieure à ce qu'elle est en réalité, si, comme je l'ai dit plus haut, l'hémoptysie plus ou moins forte qui précède la toux et les crachats, est l'effet, et non le symptôme avant-coureur des tubercules. Cette espèce

d'hémoptysie avait effectivement précédé les autres symptômes de la phthisie chez sept des sujets dont j'ai dû regarder l'affection comme régulière.

Les huit cas de phthisie latente que j'ai rapportés, se partagent naturellement en deux ordres : dans l'un, les tubercules ont existé plus ou moins longtemps avant de causer ni toux ni crachats, ni même de symptômes généraux de quelque valeur (Obs. 4, 53, 45, 55); dans l'autre, ils ont donné lieu à des symptômes généraux très intenses, la fièvre, l'amaigrissement, l'anorexie, etc., bien avant d'exciter la toux ou l'expectoration (Obs. 9, 50, 51, 52). Dans les premiers cas, la faiblesse des accidents pouvait détourner de tout examen capable de faire connoître exactement l'état des poumons; mais dans les autres, à raison de la difficulté de rapporter les symptômes à un organe quelconque, et à cause de la fréquence de la phthisie, on devait soupçonner de bonne heure l'existence des tubercules pulmonaires, rechercher tous les symptômes locaux qui avaient pu exister, les douleurs de côté ou entre les épaules, l'hémoptysie, etc., et surtout s'assurer de l'état des poumons, en pratiquant avec soin l'auscultation et la percussion. Il est probable, en effet, qu'au moyen de ce double mode d'exploration, on aurait reconnu la phthisie chez les quatre sujets de la seconde série, bien avant le début de la toux et de l'expectoration : c'est donc un puissant motif d'y avoir recours dans les cas analogues, et, en général, toutes les fois qu'il y a dépérissement et doute sur le caractère de la maladie qu'on observe. D'ailleurs, l'examen d'un malade ne saurait être trop complet, et comment le serait-il sans l'étude approfondie de la respiration?

Du reste, que des tubercules existent pendant un espace de temps plus ou moins considérable dans les poumons, sans donner lieu à des symptômes qui en sont presque toujours la suite; ce fait n'a rien de fort extraordinaire, puisque toutes les maladies, les phlegmasies des organes paren-

chymateux ou des membranes séreuses, quelquefois même celles dont la marche est aiguë, peuvent exister de cette manière. Mais ce qu'il y a de vraiment remarquable ici, c'est la violence des symptômes généraux, le dérangement de plusieurs fonctions dont les organes étaient parfaitement sains, tandis que le seul viscère malade avait pu paraître le seul intact. C'est effectivement dans des cas de phthisie simple et latente (Obs. 50, 51, 52), que la fièvre a été le plus considérable, et le dérangement des fonctions digestives le plus prolongé. — Ce fait confirme ce qui a été dit précédemment, que dans le plus grand nombre des cas, les premiers symptômes fébriles des phthisiques sont dus aux tubercules pulmonaires, et non aux désordres consécutifs, ulcérations intestinales, etc., etc.

Il me semble impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer ou même d'entrevoir les causes qui masquent ainsi les tubercules pulmonaires. On ne saurait, en effet, imaginer un défaut de susceptibilité qui rendrait les poumons insensibles à la présence des tubercules, puisque les six huitièmes des sujets dont nous nous occupons étaient des femmes; que la moitié d'entre eux avait éprouvé, antérieurement à la toux, une fièvre très intense; que la réaction générale suppose autant de susceptibilité que le développement plus ou moins marqué des symptômes locaux. On ne saurait non plus expliquer les faits qui nous occupent par l'existence des complications, vu que dans plusieurs cas la phthisie était tout-à-fait simple.

Je reviendrai plus tard sur ce que ces faits offrent d'important relativement aux causes des tubercules pulmonaires.

Des faits semblables se sont présentés assez fréquemment à mon observation, depuis la première édition de ces recherches. Les malades qui se trouvaient dans cette catégorie dépérissaient depuis un certain temps, maigrissaient,

avaient une fièvre hectique et presque toujours une diarrhée que rien ne pouvait arrêter ; ni le régime, ni les opiacés, ni les astringents, ni même les vésicatoires appliqués sur l'abdomen, ces vésicatoires qui sont si souvent ordonnés avec succès dans la diarrhée chronique simple. Et le seul fait d'une fièvre hectique plus ou moins forte, unie à une diarrhée qui remontait quelquefois à dix-huit mois, m'a souvent fait soupçonner, indépendamment du peu de succès du traitement, une affection tuberculeuse, sur l'existence de laquelle l'auscultation et la percussion ne laissaient bientôt plus de doute.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC.

Plus les maladies sont graves, plus il importe de ne pas les confondre, plus cette partie de leur histoire qu'on appelle le diagnostic, doit être étudiée avec soin. Je tâcherai, par cela même, de ne rien oublier d'essentiel dans cette portion toute pratique de mes recherches, et je la diviserai en deux sections qui comprendront : l'une, la première période des tubercules, celle qui s'étend depuis leur début jusqu'à leur ramollissement ; l'autre, la seconde, celle qui va de ce ramollissement jusqu'à la mort, ou jusqu'à la guérison des malades, ou du moins jusqu'à la cessation des principaux symptômes et le retour plus ou moins complet des malades à la santé.

ART. I. — Première période.

Dans cette période comme dans celle qui lui correspond dans les autres maladies chroniques, le diagnostic peut être assez longtemps incertain ; mais aussi, le rapprochement des faits conduit ordinairement, de très bonne heure, à un assez

haut degré de certitude. Je vais rappeler les principaux d'entre eux.

Chez la plupart des sujets, la *toux* débute sans cause appréciable, au milieu d'un état de santé parfait, et il se passe assez souvent une, deux, trois, quatre, cinq semaines et plus, sans qu'elle soit accompagnée de crachats. La sécheresse de la toux et l'absence d'une cause appréciable, si rares dans le catarrhe pulmonaire essentiel, peuvent déjà donner à penser.

Que les *crachats* se montrent au début de la toux, ou à une époque plus ou moins avancée de la maladie; ils sont d'abord clairs, mousseux, blancs, et conservent plus ou moins longtemps ce caractère; ce qui n'a pas ordinairement lieu dans le catarrhe pulmonaire simple.

On peut en dire autant des *douleurs* de poitrine, si communes chez les phthisiques. Elles n'existent guère, en effet, dans le catarrhe pulmonaire, qu'en arrière du sternum; tandis que dans l'affection tuberculeuse elles ont leur siége sur les parties latérales du thorax, aux épaules ou dans leur intervalle, et ont d'ailleurs des caractères qui les distinguent des premières; étant pareilles aux douleurs pleurétiques, avec lesquelles elles se confondent réellement; tandis que les autres donnent une sensation de chaleur ou d'arrachement.

Réunies aux symptômes précédents, et abstraction faite de ceux dont il va être bientôt question, même des résultats de la percussion et de l'auscultation, ces douleurs établissent une forte présomption en faveur de l'existence des tubercules pulmonaires: car s'il n'existe pas, simultanément, une dyspnée considérable, on ne peut guère les attribuer qu'à un rhumatisme qui compliquerait un catarrhe pulmonaire aigu; et rien n'est plus rare qu'une semblable complication, surtout dans l'absence de toute cause appréciable.

L'*hémoptysie* un peu forte est surtout un symptôme

précieux pour le diagnostic des tubercules, dans leur première période; car sur plus de deux mille quatre cents malades interrogés attentivement sur ce point, et qui n'avaient éprouvé ni commotions de poitrine, ni suppression de règles; chez lesquels il n'y avait ni gangrène ni affection cancéreuse des poumons; aucun n'avait eu d'hémoptysie un peu grave, s'il n'était phthisique, à une exception près. De telle sorte que ce symptôme réuni aux précédents, et cette réunion est assez fréquente, ne peut guère laisser de doute sur l'existence de la phthisie; qu'on peut, dans un assez grand nombre de cas, et à l'aide de symptômes peu nombreux, faciles à constater, reconnaître l'existence des tubercules à une époque très rapprochée de leur début.

Un autre fait qu'il importe beaucoup de signaler sous le point de vue qui nous occupe en ce moment, c'est que le catarrhe pulmonaire aigu est presque constamment précédé de *coryza*, ce qui n'a pas lieu pour la phthisie; de manière que la toux peut, à son début, et dans la plus rigoureuse acception du mot, écarter, en quelque sorte, tout soupçon d'une affection tuberculeuse, ou en faire naître de légitimes, suivant qu'elle est ou non accompagnée de coryza.

La *fièvre* qu'il est si ordinaire d'observer au début ou très peu après le début de la phthisie, surtout dans la soirée; qu'on trouve au contraire si rarement dans le cours d'un catarrhe pulmonaire qui n'est pas intense; la fièvre, quand elle existe, vient confirmer le diagnostic; et l'*amaigrissement* qu'on ne peut attribuer ni à des évacuations abondantes, ni à une lésion manifeste des organes digestifs, ne permet plus le doute.

A la vérité, on observe par intervalles, et les auteurs en font mention, des cas de suppuration profonde, avec fièvre hectique, amaigrissement et quelquefois toux; qui ont été considérés, pendant la vie, comme des faits de phthisie, et dans lesquels, cependant, on n'a pas trouvé de tubercules dans les poumons après la mort. Mais dans ces

cas on n'observe pas les symptômes passés en revue jusqu'ici, et sans lesquels la fièvre hectique et l'amaigrissement ne peuvent que faire soupçonner une affection tuberculeuse, à raison de sa fréquence : c'est alors à la percussion et à l'auscultation à lever les doutes.

L'importance des résultats obtenus par la percussion et l'auscultation, dans le diagnostic des tubercules, tient surtout à la marche de ces productions, qui se développent à peu près constamment, comme on l'a vu plus haut, du sommet à la base des poumons, et dont les diverses métamorphoses doivent, de toute nécessité, produire des variations dans la sonoréité de la poitrine et dans le caractère du bruit respiratoire.

La *percussion* de la poitrine reste souvent naturelle dans une partie de la période qui nous occupe. Quelque attention qu'on mette dans ce mode d'exploration, et il en faut toujours beaucoup, on trouve fréquemment le thorax parfaitement et également sonore sous les deux clavicules; et cette parfaite intégrité du son peut durer longtemps, sans qu'on puisse en rien conclure contre l'existence des tubercules; puisque si ceux-ci se développent lentement, s'ils sont disséminés dans une grande étendue et à peu près au même degré à droite et à gauche, la percussion restera nécessairement sonore pendant un espace de temps considérable et au même degré sous les deux clavicules. Mais un peu plus tôt ou un peu plus tard, la sonoréité sous les clavicules diminue. Dans le cas où la diminution est la même à droite et à gauche, ce qui est rare, on peut encore s'assurer qu'elle existe réellement, si la percussion pratiquée 4 ou 5 centimètres au-dessous de la clavicule, donne un son beaucoup plus clair qu'immédiatement au-dessus. Mais, comme je viens de le dire, ce cas est le plus rare de beaucoup; ordinairement la sonoréité n'est pas la même sous les deux clavicules, et cette différence, quel qu'en soit le degré, indique tout d'abord, indépendamment des symptômes dont il a été question, un état

pathologique quelconque du sommet de l'un des poumons; et comme c'est par là que commencent les tubercules, c'est aussi sur la phthisie que les premiers soupçons doivent s'arrêter.

Cependant l'inégale sonoréité des régions sous-claviculaires peut être le résultat d'une pleurésie ancienne, qui aurait amené le rétrécissement de l'un des côtés de la poitrine, ou d'un emphysème vésiculaire de l'un des poumons. Mais alors les résultats comparés de la percussion et de l'auscultation lèvent tous les doutes; car s'il y a emphysème, le bruit respiratoire est faible du côté le plus sonore; tandis que si la diminution de la sonoréité dépend d'une pleurésie ancienne avec rétrécissement des parois thoraciques, c'est du côté où la sonoréité est moindre qu'a lieu l'affaiblissement du bruit respiratoire; affaiblissement uniforme ou à peu près, ce qui n'a pas lieu dans le cas où l'obscurité du son tient au développement des tubercules.

Mais, et j'insiste beaucoup sur ce point, quand la différence de sonoréité entre les deux côtés de la poitrine est peu considérable, on ne doit l'admettre comme démontrée qu'autant que l'exploration a été répétée plusieurs fois, en se plaçant tantôt à gauche, tantôt à droite du malade; qu'autant qu'on l'a examiné assis, debout ou couché, et que le résultat de l'exploration est toujours le même: car la pratique ordinaire, celle des hommes les plus versés dans la percussion, montre, en effet, que pour le même malade et dans les cas dont il s'agit, les résultats de la percussion pratiquée sous la clavicule, peuvent varier d'un moment à l'autre; ce qui ne saurait provenir que de la manière imparfaite dont la percussion est quelquefois pratiquée par les mains les plus exercées.

La présence d'un certain nombre de tubercules dans les poumons, n'a pas seulement pour effet la diminution de la sonoréité de la poitrine dans le point correspondant; alors même que cette diminution est peu considérable, on sent,

au moment où la percussion est pratiquée, moins d'élasticité dans le point dont la sonoréité est diminuée, que dans celui qui l'a conservée intacte. Cette différence, déjà indiquée par M. Grisolle dans ses recherches sur la pneumonie, est quelquefois plus sensible que celle qui existe dans la sonoréité, et mérite, par cela même, beaucoup d'attention.

A mesure que la maladie fait des progrès, que les tubercules se multiplient, les résultats de la percussion sont plus tranchés, plus décisifs. Mais quand la marche de l'affection est très chronique, ces résultats peuvent rester incertains pendant un espace de temps considérable, sans néanmoins que l'utilité de la percussion puisse être mise en doute, puisqu'elle montre que le désordre dont on lui demande la démonstration est au moins peu considérable. La percussion est encore utile dans les cas où elle n'est pas nécessaire pour l'établissement du diagnostic, en mesurant avec plus ou moins d'exactitude l'étendue du désordre; et dans les cas où les symptômes rationnels laissent beaucoup à désirer, elle acquiert une nouvelle importance; car alors elle est, avec l'auscultation, un des moyens les plus sûrs, ou plutôt le seul moyen d'arriver au diagnostic, de lui donner quelque précision.

L'*auscultation* peut, comme la percussion, ne conduire à aucun résultat positif, alors même que les symptômes généraux et tous ceux qui ont été rappelés jusqu'ici, laissent peu de doute sur l'existence d'une affection tuberculeuse. Mais le plus ordinairement, même avant que la sonoréité de la poitrine soit altérée, le caractère du bruit respiratoire subit des changements appréciables. Ce bruit est faible, sans développement, obscur, sous l'une des clavicules; et, quand il n'y a eu de douleurs que d'un côté du thorax, de ce côté seulement, sous la clavicule correspondante. Ce caractère de la respiration devient surtout très tranché si l'on ausculte comparativement, ce qu'il ne faut jamais négliger, les deux côtés du thorax. Ou bien, au

lieu d'un bruit respiratoire faible, incomplet dans l'inspiration, celle-ci est dure, forte, soufflante, et l'expiration est prolongée, dure, comme bronchique; ce qui n'a pas lieu dans l'état normal. Toutefois, si ce dernier phénomène était borné à la région sous-claviculaire droite, il faudrait en apprécier avec soin le degré, avant de le considérer comme pathologique; vu que dans l'état normal il existe, au moins ordinairement, une différence dans la manière dont se fait la respiration sous les deux clavicules; différence déjà signalée par le docteur Gerhard de Philadelphie, et reconnue par d'autres médecins (1).

Pour connaître avec exactitude cette différence, j'ai étudié en 1841, avec M. le docteur Picard, alors interne de ma division, la manière dont se fait la respiration au sommet des deux poumons, et le retentissement de la voix dans les mêmes points, chez vingt-deux jeunes femmes âgées de quinze à vingt-deux ans, qui n'éprouvaient aucun symptôme d'une affection quelconque du côté des organes placés dans la cavité thoracique. J'ai fait et répété cet examen avec beaucoup de soin, et voici ce que j'ai trouvé.

A deux exceptions près, le bruit de l'inspiration était doux, fin, moelleux, en quelque sorte, sous les deux clavicules, dans les vingt-deux cas dont il s'agit, et sa

(1) M. Gerhard, dans son ouvrage sur le diagnostic des maladies de poitrine, s'exprime à peu près ainsi : « Le fait remarquable que la respiration est toujours un peu soufflante au sommet du poumon droit, et non à celui du côté gauche, m'était connu depuis quelques années, quand j'ai disséqué récemment nombre de poumons pour savoir si ce fait pouvait s'expliquer par quelque disposition anatomique; et j'ai trouvé que les bronches qui se distribuent au lobe supérieur du poumon droit, sortent de la trachée presque en ligne droite; que celles qui se dirigent au poumon gauche font un trajet bien plus long, à raison de la courbure de la bronche gauche en passant sous l'aorte, de manière que le trajet de la bronche primitive du côté gauche est de deux pouces et demi, celui de la bronche droite d'un pouce et demi. D'un autre côté, le calibre des bronches qui vont au poumon droit est presque le double de celui des bronches du côté gauche; d'où il suit que trois circonstances rendent la respiration plus soufflante du côté droit que du côté gauche : 1° le voisinage des bronches de la trachée; 2° leur direction droite; 3° leur plus grande largeur. »

même degré. L'un des cas exceptés était relatif à une jeune fille de vingt ans, habituellement maigre, chez laquelle l'inspiration était moins douce, plus forte que dans l'état normal, sous la clavicule droite : l'autre a été fourni par une femme non moins jeune, d'un embonpoint médiocre, chez laquelle le bruit de l'inspiration était plus fort, plus développé sous la clavicule gauche que sous la droite. —Le bruit de l'expiration était presque insensible sous la clavicule gauche dans la majorité des cas, ou treize fois sur vingt-deux; tandis que le contraire avait lieu du côté droit, où le bruit de l'expiration n'était insensible que dans cinq cas. Dans les autres, l'expiration était manifeste et quelquefois très prolongée. Le même bruit, étudié en arrière, était nul à gauche dans quatorze cas; il manquait seulement cinq fois à droite; et dans les cas où l'expiration était sensible des deux côtés, elle était plus marquée, plus prolongée et quelquefois de beaucoup, du côté droit que du côté gauche. Chez une jeune fille, outre que l'expiration était prolongée sous la clavicule droite, elle y était dure, comme bronchique.

Bien que les faits qui viennent d'être analysés soient peu nombreux, on peut en conclure, ce me semble, que l'expiration un peu prolongée au sommet droit de la poitrine, considérée en elle-même, a peu de valeur comme signe diagnostic des tubercules; qu'elle en a beaucoup plus à gauche.

En même temps que le bruit respiratoire est modifié par la présence d'un certain nombre de tubercules dans le parenchyme pulmonaire, le retentissement de la voix l'est aussi; d'abord à un faible degré, puis à un degré successivement plus considérable; en sorte qu'après un espace de temps plus ou moins long, une véritable bronchophonie a lieu.

Mais comme le caractère du bruit respiratoire n'est pas toujours le même au sommet des deux poumons dans l'état

normal, il en est de même du retentissement de la voix. Ainsi, sur les vingt-deux sujets dont il était question tout-à-l'heure, j'ai trouvé dix fois un retentissement marqué de la voix sous la clavicule droite, et il était considérable dans quatre cas; tandis que sous la clavicule gauche, il n'avait lieu que dans un cas, et à un faible degré, chez une femme maigre, âgée de vingt-quatre ans. En arrière, du même côté gauche, chez cette même femme uniquement, le retentissement de la voix avait lieu à un très léger degré, au sommet du poumon; tandis qu'il existait à droite dans le point correspondant, et à un degré beaucoup marqué, chez huit sujets dont l'expiration était prolongée. D'où il suit que le retentissement de la voix, quand il est peu considérable, n'a pas la même valeur à droite et à gauche de la poitrine, à son sommet; qu'il a toujours une certaine importance à gauche, surtout s'il n'existe pas à droite; tandis que c'est l'inverse pour ce dernier côté (1).

Vésiculaire ou bronchique, le bruit respiratoire peut rester pur, sans râle, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, suivant la marche de la maladie. Mais un peu plus tôt ou un peu plus tard, quelquefois même avant l'époque à laquelle le retentissement de la voix commence, on entend des craquements secs ou humides, ou quelques bulles de râle sous-crépitant, au sommet de la poitrine; indices de la présence d'une certaine quantité de mucus qui peut être secrété bien avant le ramollissement des tubercules, quand il n'existe encore que des granulations grises demi-transparentes.

L'existence simultanée, au sommet du poumon gauche, d'une expiration un peu prolongée et un peu dure, d'un peu de bronchophonie et de quelques craquements, dans un cas où les symptômes rationnels laissent encore beaucoup

(1) M. le docteur Walsh, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Londres, a constaté les mêmes faits dans un ouvrage intéressant qu'il vient de publier sur le diagnostic des maladies de poitrine.

d'incertitude, lèverait à peu près tous les doutes ; et une altération légère de la sonoréité de la poitrine dans le point correspondant, les dissiperait complétement.

Cependant, le râle sous-crépitant, dont les bulles peuvent offrir tant de variétés de grandeur et de nombre, a lieu dans des affections très différentes de la phthisie, et en particulier dans la bronchite capillaire : mais alors on l'observe constamment à droite et à gauche en arrière, il commence par la base des poumons ; ce qui est l'inverse de ce qu'on observe pour le râle sous-crépitant qui accompagne le premier développement des tubercules : en sorte que ce râle borné à la base et à l'un des côtés de la poitrine, au moins pendant un certain temps, indiquerait, non une bronchite capillaire simple, mais une bronchite symptomatique, peut-être tuberculeuse.

Bornés au sommet des poumons pendant un certain temps, les craquements et le râle sous-crépitant ont donc une grande importance comme signes diagnostiques des tubercules pulmonaires, même dans l'absence d'une altération profonde du bruit respiratoire, quand il s'y joint un certain nombre de symptômes rationnels. Mais le râle sous-crépitant, ainsi localisé au sommet des poumons, suffit-il, à défaut de tout autre symptôme local, chez des malades qui ne paraissent atteints que d'une affection catarrhale simple et plus ou moins aiguë, suffit-il pour déceler la présence d'un certain nombre de tubercules au sommet des poumons ? Le fait suivant montrera toute l'importance du sujet.

LVI[e] OBSERVATION.

Un jeune homme de vingt ans, d'une taille élevée, d'un embonpoint médiocre, ayant la peau bien colorée, les cheveux châtain foncé, la poitrine parfaitement bien conformée, tomba malade le 6 décembre 1838, ayant été parfaitement bien portant jusque là.

Après avoir pris ce même jour une leçon d'escrime et quitté la salle d'armes ayant un peu chaud, ce jeune homme eut un léger mal de gorge, sans néanmoins s'être refroidi ; ce mal de gorge persistait à un faible degré le lendemain, et alors un peu de toux s'y joignit. Le 8, à ma première visite, le malade avait la figure rouge et animée, le pouls accéléré et un peu large, la peau chaude et humide ; il toussait médiocrement, rendait quelques crachats verdâtres, n'avait pas de douleurs de côté ; et, à raison de la sueur qui était considérable, je ne pratiquai ni la percussion ni l'auscultation, croyant d'ailleurs qu'il ne s'agissait que d'un simple rhume.

Dans les deux jours qui suivirent, le malade resta presque constamment au lit, eut un mouvement fébrile assez fort et mangea peu. Le 11 au matin, sa figure était couverte de sueur, la chaleur assez élevée, la moiteur universelle, le pouls assez large, régulier, à 110, l'oppression marquée, les crachats verdâtres, sans air, médiocrement abondants, la percussion de la poitrine bien sonore, bien qu'un peu moins, mais à un faible degré, sous la clavicule gauche que sous la droite. Sous la clavicule gauche aussi et jusqu'à la mamelle, on entendait un râle sous-crépitant humide, à grosses bulles, qui masquait ordinairement le bruit respiratoire d'une manière complète : ce râle n'était pas mêlé de crépitation, même après la toux ; quand il permettait d'entendre le bruit respiratoire, celui-ci était naturel, vésiculaire, et, pendant l'exercice de la parole, il n'y avait pas de bronchophonie. En arrière, du même côté, toujours au sommet, et dans la hauteur de 9 centimètres, le même râle, le même bruit respiratoire, avaient lieu ; tandis que du côté droit tout se passait comme dans l'état naturel. (*Sol. s. framb., looch, saignée de* 300 *grammes.*)

A midi et dans la soirée, l'état du malade n'avait pas sensiblement changé, et une nouvelle saignée fut ordonnée. Le sang de la saignée du matin était environné d'une

grande quantité de sérosité et couvert seulement d'une pellicule mince. Il en fut de même de celui du soir.

Le 12, les symptômes locaux étaient les mêmes, à part quelques stries de sang dans les crachats; l'état de la circulation et de la digestion n'avait pas changé; et j'ordonnai un morceau de sparadrap de diachylon pour couvrir le sommet gauche de la poitrine, un looch additionné de 10 grammes de sirop de pavot, et une ou deux pilules d'extrait gommeux d'opium, d'un peu plus d'un centigramme, à prendre pendant la nuit.

Le 13 au matin, après une nuit assez tranquille, le malade éprouvait une légère moiteur, semblable à celle de la veille à la même heure; son pouls était assez large, à 100, la chaleur douce, la poitrine indolente dans toute son étendue, même après la toux; deux crachats étaient couverts d'un sang rouge en nappe, et il n'y avait pas eu d'épistaxis: les résultats de l'auscultation étaient toujours les mêmes, il n'y avait pas eu d'évacuation d'urines. (*Id. Eau de Sedlitz.*)

L'eau de Sedlitz fut suivie de quelques selles, et, le 14, la chaleur était un peu moins élevée que la veille; la nuit avait été calme, le sommeil assez prolongé; les crachats étaient verdâtres, épais, *sans air*, *sans stries de sang*, sans teinte livide. (*Id. sans eau de Sedlitz.*)

Le 15, la chaleur et l'accélération du pouls étaient un peu moindres; les résultats de l'auscultation, les mêmes en avant et à gauche que les jours précédents; mais en arrière, du même côté, le râle sous-crépitant existait du sommet à la base, et on entendait quelques craquements au sommet droit. (*Id.*)

Le 16, ces derniers résultats de l'auscultation persistaient. Il en était de même de l'anorexie et de la rougeur de l'urine; tandis que la chaleur était beaucoup moindre, la sueur nulle, le pouls à 72. (*Id. Raisin.*)

Le 17, le mouvement fébrile avait complétement cessé, le pouls était à 65, l'amaigrissement notable, l'ausculta-

tion toujours la même ; le malade ne prenait plus qu'une pilule d'opium pendant la nuit, un looch simple, et 150 à 200 grammes de raisin.

Le 21, les crachats étaient plus clairs que les jours précédents, un peu aérés; il n'y avait aucun râle à droite, et on en entendait à peine, à gauche, dans quelques points ; la faiblesse était considérable. (*Bouillon, raisin.*)

Le 23, on entendait des craquements très gros et beaucoup plus nombreux que la veille, sous la clavicule gauche, bien que beaucoup moins abondants qu'au début ; en arrière, du même côté, à 6 centimètres du sommet, il y avait une légère bronchophonie, et la percussion, pratiquée avec soin, paraissait également sonore à droite et à gauche dans le point correspondant ; la langue offrait toujours une couleur blanchâtre et verdâtre; le malade, après être resté deux heures sur son fauteuil, se trouvait bien ; il mangeait du potage et des pruneaux.

Le mieux continua à faire des progrès les jours suivants. Le 29, l'appétit était vif, le malade mangeait comme en bonne santé, ne parlait pas d'autre chose, toussait un peu le matin, rendait quelques crachats verdâtres seulement. La percussion était bien sonore, la respiration pure à droite ; elle était mêlée de craquements sous la clavicule gauche et en arrière du même côté, dans la hauteur de 9 centimètres.

Les craquements diminuèrent rapidement, pour disparaître tout-à-fait quelques jours plus tard, et alors la respiration parut complètement normale. Six mois après, le malade jouissait d'une parfaite santé. Depuis je n'ai pas eu de ses nouvelles (il était étranger), et j'ignore si sa santé s'est maintenue intacte.

Ainsi, un jeune homme de vingt ans, d'une excellente constitution, d'une bonne santé habituelle, dont les parents eux-mêmes sont bien rarement malades, est pris d'un peu de douleur de gorge, de toux et de fièvre, au mois de décembre, et cela sans s'être refroidi ; la fièvre est assez

considérable : au cinquième jour de l'affection, la percussion parait un peu obscure sous la clavicule gauche; l'auscultation fait entendre dans le même point et en arrière au sommet du poumon, un râle sous-crépitant humide, à grosses bulles; ce râle persiste au même degré les jours suivants, puis s'étend en arrière et en bas, de manière que le neuvième jour de l'affection on l'entendait jusqu'à la base du poumon. Ce symptôme s'amoindrit assez promptement; le râle était peu étendu et surtout peu abondant au vingt-troisième jour de l'affection, et il cessa bientôt ensuite. La sonorité de la poitrine ne parut un peu altérée que le premier jour de son exploration; à aucune époque le râle sous-crépitant ne fut mêlé de râle crépitant; la respiration, quand elle n'était pas masquée par les râles, fut toujours vésiculaire; à aucune époque il n'y eut de bronchophonie sous la clavicule gauche; on entendit momentanément quelques craquements au sommet droit de la poitrine et en arrière; les crachats furent striés ou souillés de sang deux jours de suite seulement, les sixième et huitième de l'affection, au moment où la fièvre était encore assez intense; dès le surlendemain le pouls se rapprochait de l'état normal, la chaleur diminuait, et, comme on l'a vu, la convalescence a été rapide.

De quelle affection a été atteint le malade qui nous occupe? A-t-il eu une pneumonie profonde et limitée, une bronchite capillaire aiguë simple, ou une affection tuberculeuse promptement arrêtée dans sa marche? car on ne peut guère choisir, ce me semble, qu'entre ces trois maladies; voyons. La très légère obscurité du son, trouvée sous la clavicule gauche lors du premier examen, aurait pu faire soupçonner l'existence d'une pneumonie qui aurait amené, secondairement, une bronchite capillaire, si elle eût été constatée une seconde fois, et surtout si à cette seconde exploration l'obscurité du son eût été mani-

sentement plus considérable qu'à la première; mais il n'en a pas été ainsi. En outre, le malade n'a jamais eu de douleur de *côté*; les crachats n'ont jamais offert les caractères, ou même une partie des caractères qu'ils offrent dans la pneumonie; à aucune époque le râle sous-crépitant à grosses bulles n'a été mêlé de râle crépitant, même après la toux; il n'y a jamais eu de respiration bronchique ou de bronchophonie en avant; la bronchophonie entendue en arrière une seule fois, était circonscrite, à 6 centimètres du sommet; en sorte qu'il n'est pas possible d'admettre que le malade ait eu une inflammation même très limitée et profonde du parenchyme du poumon gauche.

Le râle sous-crépitant à bulles plus ou moins grosses ou petites est un des symptômes de la bronchite capillaire, et indique l'existence de cette maladie dans le cas actuel, d'abord au sommet du poumon gauche, d'où elle a promptement pris beaucoup d'extension en arrière, vers la base; tandis qu'elle ne s'est montrée à droite que dans un espace très circonscrit et pour peu de temps. Mais cette bronchite était-elle simple, ou la suite d'une lésion organique du sommet des poumons? C'est là, en réalité, toute la question. Si le râle sous-crépitant eût existé en arrière et inférieurement, des deux côtés de la poitrine; s'il se fût étendu ensuite progressivement, de la base au sommet des poumons, aucun doute ne pourrait s'élever; il faudrait admettre que le malade qui nous occupe a été atteint d'une bronchite capillaire aiguë, simple puisque c'est ainsi que les choses se passent dans cette maladie; à tel point que j'ai constamment vu alors le râle sous-crépitant commencer par la base des poumons, simultanément ou presque simultanément. D'un autre côté, quand j'ai vu la bronchite capillaire bornée à un seul poumon, c'était dans les cas de maladie organique de ce viscère; et quand du râle sous-crépitant avait lieu primitivement, au sommet des deux poumons, c'était dans le cours d'une affection tuberculeuse manifeste.

En sorte qu'admettre, dans le cas actuel, une bronchite capillaire simple, c'est admettre une exception à l'une des lois les plus générales de la pathologie, et à laquelle, jusqu'ici, je ne connais pas d'exception; ce qu'on ne saurait faire, on en conviendra, légèrement. Aussi, sans considérer cette manière de voir comme incontestablement démontrée, je crois plus naturel, plus conforme au raisonnement et à l'expérience, de regarder le cas actuel comme un exemple de phthisie aiguë ayant amené le développement d'une bronchite capillaire, que comme un fait de bronchite capillaire simple. Plus les lois bien constatées sont rares en pathologie, plus il faut soumettre les faits qui semblent faire exception à ces lois à une critique sévère, et ne les admettre comme tels qu'autant qu'aucune objection ne peut s'élever à leur sujet. Cette réserve est d'autant plus nécessaire que l'esprit a généralement une tendance opposée, que nous sommes plus enclins à détruire qu'à consolider.

Je n'invoquerai pas à l'appui de ma manière de voir l'hémoptysie qui eut lieu deux jours de suite, car elle était trop peu considérable pour former un argument de quelque importance. Les quelques craquements entendus à l'épaule droite ont plus de valeur, puisque c'est ainsi que ce râle ou le sous-crépitant marchent dans la phthisie. La marche rapide de l'affection, la prompte et complète disparition des symptômes généraux et locaux, ne sont pas un argument bien fort contre l'existence d'une affection tuberculeuse; car on voit quelquefois la phthisie marcher tout d'abord avec une certaine violence, et les symptômes qui l'accompagnaient cesser promptement, pour revenir après un certain temps, plus graves et plus tenaces: en sorte que tout indique, sinon la nécessité de reconnaître, dans le fait qui nous occupe, l'exemple d'une phthisie aiguë promptement arrêtée dans sa marche, au moins le besoin de suspendre son jugement, et de ne pas considérer trop prématurément le cas actuel

comme un exemple de bronchite capillaire aiguë simple, bornée au sommet des poumons. Enfin, ce fait doit rappeler très nettement au lecteur que les résultats de l'auscultation et de la percussion, chez les phthisiques, tirent presque toute leur valeur du point de la poitrine où on les observe; en sorte que les mêmes symptômes conviennent à des affections très différentes, suivant le point de la poitrine où on peut en constater la présence.

Les modifications du bruit respiratoire et de la sonoréité de la poitrine peuvent d'ailleurs se montrer très rapidement chez des phthisiques dont l'affection ne marche pas avec une extrême rapidité : le fait suivant en est la preuve.

XVII° OBSERVATION.

Un relieur, âgé de seize ans, d'une taille élevée, habituellement maigre, fut admis à l'hôpital de la Charité le 23 mars 1825. Il avait les cheveux noirs, la peau d'une bonne couleur, était ordinairement bien portant, très rarement enrhumé, accusait quinze jours de maladie. Au début et sans cause connue, sentiment de faiblesse, frissons assez violents, toux accompagnée de crachats clairs. Ces symptômes avaient continué, la toux avait excité des douleurs à la région précordiale, et, au huitième jour de l'affection, le malade avait craché un peu de sang. Les selles avaient été rares, la soif peu considérable, l'appétit presque nul; la faiblesse avait fait beaucoup de progrès.

Le 25 mars : figure médiocrement animée, un peu moins toutefois que dans l'état naturel; affaiblissement assez considérable (le malade était venu avec peine, à pied, à l'hôpital); toux ordinairement sèche, rarement accompagnée de crachats clairs, muqueux, aérés; n'excitant plus de douleur à la région précordiale : la poitrine était parfaitement sonore à gauche, rendait un son obscur sous la clavicule droite, dans la hauteur de 6 centimètres, et, dans le même point, il y avait un léger râle sous-crépitant; la respiration, un

peu confuse en arrière, dans la partie correspondante, était naturelle ailleurs; il n'y avait point d'oppression, mais la parole devenait brève, pour peu que l'exercice en fût prolongé; le pouls était à cent six par minute, régulier, la chaleur douce le matin, forte dans le milieu du jour, accompagnée de moiteur la nuit; la langue était bien humide, d'une couleur naturelle au pourtour, un peu jaunâtre au centre; l'appétit presque nul, la soif peu considérable, le ventre indolent. Il y avait eu trois selles liquides la veille, sans coliques; le malade était parfaitement calme, son attitude naturelle. (*Viol. édul.; pot. gom.; saignée de 250 grammes; diète.*)

La maladie marcha régulièrement, et, jusqu'au 31 mai, jour de la mort, voici ce que j'observai. La toux fut rare dans le premier mois et plus ou moins fréquente dans la suite; les crachats n'offrirent aucun caractère particulier et furent si peu abondants qu'ils étaient presque toujours desséchés sur le crachoir. Il y eut, par intervalles, des douleurs à gauche ou à droite de la poitrine, mais pour peu de temps. L'oppression fut tous les jours plus considérable dans la dernière moitié du mois de mai. — Le 29 mars, il y avait un retentissement marqué de la voix sous la clavicule droite. Le 8 avril, la respiration y était presque trachéale, comme en arrière dans le point correspondant, et accompagnée d'un gargouillement qui se changeait en râle crépitant, 6 centimètres au-dessous de la clavicule. Ce dernier râle ne s'étendait qu'à une petite distance. Du côté gauche, la respiration semblait naturelle, si ce n'est en arrière et en haut, où il y avait quelques craquements. Le 13, le retentissement de la voix était considérable sous les deux clavicules; le 28, la pectoriloquie était évidente du côté droit de la poitrine, à son sommet et dans tout son pourtour; elle était douteuse à gauche. Depuis lors jusqu'au terme fatal, l'auscultation fut pratiquée plusieurs fois, sans rien offrir de nouveau. — A partir du 29 mars, le son de la poitrine au-dessous de la

clavicule droite devint chaque jour plus obscur, et l'espace dans lequel il avait ce caractère plus étendu.

La chaleur fut considérable dans la soirée, il y eut des sueurs nocturnes fréquentes, presque quotidiennes, sans frisson préalable. — Le 25 mars, le pouls battait quatre-vingt-quinze fois par minute; peu après et dans la suite il ne fut jamais au-dessous de cent; et, à dater du 15 mai, on comptait cent vingt pulsations par minute

La soif fut très médiocre, l'appétit toujours faible. Les aliments consistaient en quelques crèmes de riz auxquelles on joignit parfois un œuf frais. Plusieurs vomissements de bile eurent lieu du 11 au 12 mai, et ne se renouvelèrent pas dans la suite. L'épigastre fut toujours *indolent*, les selles rares et ordinairement un peu liquides.

Le 26 mai, la joue gauche, la main et l'avant-bras correspondants, étaient plus ou moins œdémateux. Cet œdème persista, en augmentant, jusqu'à la mort. Le 30 au matin, les traits étaient légèrement altérés, la figure exprimait l'effroi; ce qui provenait sans doute de la dyspnée, qui était extrême. Le malade mourut le lendemain à trois heures, après un peu de délire.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT-NEUF HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Léger œdème des membres inférieurs, de l'avant-bras et de la figure, du côté gauche. Flaccidité des membres.

La tête ne put être examinée.

Cou. — Membrane muqueuse de l'épiglotte légèrement rosée, saine d'ailleurs. — Ulcération à bords pâles, peu profonde, à la réunion des cordes vocales du larynx. — Trachée-artère d'un rouge vif dans toute son étendue, parsemée de petites ulcérations ovalaires, de 4 millimètres de surface environ, faites comme par un emporte-pièce, aux dépens de la membrane muqueuse, qui avait partout une consistance et une épaisseur convenables.

Poitrine. — Quelques adhérences longues et épaisses au sommet des deux poumons, plus rares à gauche qu'à droite. Environ un demi-litre de sérosité claire dans chacune des plèvres. — Le lobe supérieur droit tout entier était plus ou moins ferme, offrait, à son sommet, plusieurs excavations tuberculeuses qui communiquaient avec les bronches, et dont la plus considérable ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Leurs parois étaient dépourvues de fausse membrane, et formées par un tissu incomplètement opaque, homogène, d'un aspect grisâtre et verdâtre, médiocrement ferme, non grenu, cédant par la pression un liquide de même couleur, terne et trouble. Au milieu de ce tissu, qui existait dans toute l'étendue du lobe supérieur, étaient plusieurs petites excavations et beaucoup de tubercules irrégulièrement circonscrits. Il y avait quelques tubercules pareils, sans excavation, au sommet du lobe inférieur, dont la base était un peu gorgée de sang et offrait quelques granulations demi-transparentes. — Mêmes lésions, mais beaucoup moins considérables dans le poumon gauche. — Les bronches du côté droit étaient plus rouges que celles du côté gauche, et offraient quelques petites ulcérations. — Le cœur était d'un bon volume, et l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. — Il y avait un litre et demi de sérosité rousse et claire dans l'abdomen. — L'œsophage était sain, si ce n'est à son extrémité cardiaque, dans la hauteur de 3 centimètres : là ses parois étaient fort minces et très faciles à rompre; il offrait, à l'intérieur, un coup d'œil bleuâtre, et sa membrane muqueuse amincie, manquait entièrement dans la largeur de 30 millimètres. — L'estomac était un peu volumineux, contenait une petite quantité d'un liquide trouble; avait, comme la partie inférieure de l'œsophage, un coup d'œil blanc-bleuâtre, savoir : supérieurement et dans son grand cul-de-sac, dans une surface non interrompue, égale à celle de la paume de la main,

puis, jusqu'à 6 centimètres du pylore, dans toute l'étendue de quelques bandes de 6 à 8 millimètres de largeur, sur 9 à 12 centimètres de long. Dans tous ces points, sa membrane muqueuse était extrêmement mince, molle comme du mucus un peu visqueux et demi-transparent, et elle manquait complètement par places. Dans les intervalles de cette lésion elle était un peu ramollie, sans changement de coloration. — Le duodénum était parfaitement sain. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait la couleur et l'épaisseur qui lui sont naturelles, était un peu ramollie, et présentait, dans ses deux derniers tiers, une quarantaine de petites ulcérations de 8 à 12 millimètres de surface, presque toutes sur des plaques. Leur fond et leur pourtour, dans une largeur de 4 millimètres, étaient grisâtres et formés par la tunique sous-muqueuse très légèrement épaissie. — La membrane muqueuse du gros intestin était en contact avec des matières fécales pultacées, jaunâtres. Ramollie dans toute son étendue, surtout dans le cœcum, où elle n'avait que la consistance du mucus, elle offrait plusieurs ulcérations de 150 millimètres ou un peu plus de surface, dans le cœcum, le colon ascendant et le transverse. Les bords en étaient un peu saillants, le fond noirâtre et formé par la tunique sous-muqueuse peu épaissie. Contre la valvule iléo-cœcale se trouvait une plaque grisâtre, partiellement ulcérée, offrant un assez grand nombre de granulations tuberculeuses, comme incrustées dans la tunique sous-muqueuse. Celle-ci était plus ou moins épaissie dans toute la longueur de l'intestin. — Plusieurs glandes mésentériques, à peu près uniformément distribuées dans le mésentère, étaient inégales, plus ou moins volumineuses, rougeâtres et en partie transformées en matière tuberculeuse non ramollie. — Les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel. La bile de la vésicule était noirâtre et très visqueuse.

Cette observation est une de celles qui parlent le plus

hautement en faveur de l'auscultation et de la percussion. Quand j'examinai le malade pour la première fois, il était au dix-septième jour d'une affection qui, au premier examen, pouvait être considérée comme un simple catarrhe pulmonaire aigu ; mais l'absence de cause appréciable et la légère hémoptysie qui avait eu lieu au huitième jour de la maladie m'ayant engagé à pratiquer la percussion et l'auscultation avec soin, je trouvai que le bruit respiratoire était altéré, faible et mêlé de râle sous-crépitant au-dessous de la clavicule droite, dans la hauteur de 6 centimètres, et dans ce point seulement; que la percussion y était moins sonore que partout ailleurs; et dès lors je n'hésitai pas à considérer le malade comme phthisique, bien que l'état général et le peu de temps écoulé depuis le début de l'affection, parussent peu favorables à ce diagnostic. Bientôt il fut confirmé par la progression des symptômes, le retentissement de la voix, la pectoriloquie au-dessous de la clavicule droite; et si l'on réfléchit à la marche que suit la nature dans le développement des tubercules pulmonaires, on conviendra que le diagnostic porté n'était pas moins facile que rationnel; aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce point.

Le diagnostic de la phthisie peut encore être assez facile à une époque voisine de son début, bien qu'elle ne marche pas avec autant de rapidité que dans le cas précédent. Le fait suivant, recueilli par M. Cossy dans ma division, en est la preuve.

LVIIIe OBSERVATION.

Un ouvrier du port, âgé de trente-neuf ans, robuste, d'une constitution forte, ordinairement bien portant, fut admis à l'hôpital de Beaujon le 5 mars 1841. Né à Paris, qu'il a toujours habité, prenant une bonne nourriture et ne faisant que de rares excès, le malade accusait trois semaines de maladie, et avait cessé de travailler depuis huit

jours seulement. Au début, sans cause connue, toux et crachats blanchâtres, conservation de l'appétit et des forces. Quinze jours après, toux et expectoration augmentées, chaleur, sueur abondante sans frissons, douleur obtuse du côté droit du thorax, avec sensation d'un mouvement de va et vient, ou circulaire; soif, inappétence, obligation de se mettre au lit. Les selles avaient toujours été régulières, et le malade, qui habitait dans le voisinage de l'hôpital, y vint à pied.

Le 6 au matin : décubitus varié, figure médiocrement colorée et sereine, intelligence intacte, mémoire bonne, sens dans l'état naturel; respiration facile, toux rare, crachats muqueux, poitrine bien conformée; douleur du côté droit, médiocre, augmentant par les grands mouvements respiratoires; percussion également sonore sous les deux clavicules, avec un peu moins d'élasticité sous la droite que sous la gauche; respiration vésiculaire universelle, expiration un peu prolongée sous la clavicule droite et en arrière du même côté, dans le point correspondant, où il y avait aussi un peu de bronchophonie, aucun râle d'ailleurs et rien que de parfaitement naturel à gauche : la chaleur était médiocre, un peu humide, le pouls à 68, médiocrement plein, régulier, la langue humide, l'appétit presque nul. (*Mauv. r. g., pot. g.; 2 bouill.*)

Aucun changement dans les trois jours qui suivirent.

Le 10, la douleur était déplacée et avait son siége, depuis la veille, à droite, à 3 centimètres au-dessus du mamelon; dans le point correspondant, et dans la longueur de 3 centimètres, on entendait, par intervalles, de petits craquements; l'expiration persistait sous la clavicule correspondante; les crachats étaient un peu rosés, peu aérés, quelques uns opaques, et ils s'élevaient au tiers du crachoir. (*Limon., saignée de 150 grammes; diète.*)

Le 11 mars, la douleur avait diminué depuis la saignée, le pouls était à 60, le reste comme la veille. (*Id. moins la saignée.*)

Le 12, le sang tiré la veille était couvert d'une couenne résistante, non infiltrée, entourée d'une assez grande quantité de sérosité; la douleur avait presque complètement disparu, on n'entendait aucun craquement, même après la toux; les crachats étaient peu abondants.

Le 20 : état général meilleur, quelques petites bulles de râle muqueux sous la clavicule droite, respiration pure au voisinage du mamelon, apyrexie complète. (*Id.* 2 *soupes.*)

Le 27, toux rare, crachats peu abondants, sans caractères particuliers, nulle douleur; son un peu obscur sous la clavicule droite, avec un peu de râle sous-crépitant obscur, à la fin de l'expiration, jusqu'au mamelon.

Le 3 avril, la même obscurité du son persistait sous la clavicule droite, où l'expiration était bronchique et sans râle. Au niveau du mamelon du même côté, la percussion était bien sonore, la respiration faible, accompagnée de quelques craquements, et, par intervalles, d'un peu de bruit de frottement. La maigreur diminuait, la toux était rare.

Le malade quitta l'hôpital le surlendemain 5 avril, ayant assez de force pour reprendre ses occupations.

J'ignore ce qu'il est devenu depuis; mais cela n'est heureusement pas d'une grande importance pour le sujet qui nous occupe. Il faut reconnaître, malgré l'exiguïté des symptômes généraux, s'il est possible de s'exprimer ainsi, et les caractères peu tranchés des symptômes locaux, que le malade était phthisique, à sa sortie de l'hôpital et au moment où il s'est présenté à l'observation. En effet, après quinze jours d'une toux médiocre, qui ne l'empêchait pas de travailler, ce malade a un peu de fièvre, une douleur médiocre du côté droit de la poitrine, perd l'appétit et les forces, est obligé de garder le lit; puis, après huit autres jours, il vient à l'hôpital, où je le trouve sans fièvre, ayant la poitrine également sonore dans les points correspondants, mais moins élastique sous la clavicule droite que sous la

gauche ; sous la clavicule droite, et en arrière à la même hauteur, l'expiration est prolongée ; la voix est un peu plus retentissante en arrière que dans l'état normal, la douleur persiste. Quatre jours après, cette douleur se déplace et est limitée au voisinage du mamelon droit, où l'on entend, par intervalles, de petits craquements. Une saignée est pratiquée le même jour et suivie d'un amendement dans la douleur, qui disparait bientôt. Dix-sept jours plus tard, le son est un peu obscur sous la clavicule droite, où l'on entend un peu de râle sous-crépitant, et, huit jours plus tard encore, à la sortie du malade de l'hôpital, un mois après qu'il y était entré, cinquante jours après le début, la même obscurité du son persistait, l'expiration sous la clavicule droite était bronchique ; il y avait, par intervalles, quelques craquements et comme un bruit de frottement au niveau du mamelon droit. Le malade, qui avait toujours été sans fièvre depuis son entrée à l'hôpital, commençait à reprendre son embonpoint. Evidemment cet ensemble de symptômes ne convient qu'à la phthisie.

Remarquons d'ailleurs, comme je l'ai déjà fait plus d'une fois, que la toux a débuté sans cause connue, qu'elle n'a été ni précédée ni accompagnée de coryza, à l'inverse de ce qui a ordinairement lieu dans le catarrhe pulmonaire essentiel ; que la fièvre, au lieu de se montrer avec les premiers symptômes, comme on l'observe dans cette dernière affection, n'a commencé que quinze jours plus tard ; et nous reconnaîtrons que l'examen des symptômes généraux, aussi bien que leur marche, devait conduire à la même conclusion que celui des symptômes locaux.

Parmi ces derniers, la douleur mérite assurément d'être remarquée. Obtuse, donnant lieu, à son début, à une sensation de va-et-vient, elle fut plus vive ensuite, accompagnée de craquements et d'un bruit de frottement peu marqué, exaspérée par les mouvements de la respiration comme les douleurs pleurétiques. La sensation de va-et-vient ac-

cusée par le malade à son entrée à l'hôpital, était sans doute le résultat du frottement des fausses membranes développées du côté droit, les unes sur les autres; et le bruit de frottement entendu lors de la dernière exploration, confirme cette manière de voir. Il est même probable que les craquements qui existaient dans le même point, reconnaissaient la même cause; car il suffit que des fausses membranes *réticulées* frottent les unes sur les autres, pour que le bruit qui en résultera soit, non un bruit de frottement manifeste, mais quelque chose de plus ou moins semblable à des craquements, dont la largeur ou l'étroitesse seront proportionnées à celles du réseau.

Il est bien évident d'ailleurs que la cessation de la fièvre, le rétablissement de toutes les fonctions, des fonctions digestives en particulier, le retour des forces, ne peuvent exciter le moindre doute sur l'exactitude du diagnostic porté; il faut seulement en conclure qu'ici comme dans un certain nombre de cas, malheureusement trop rares, la phthisie s'est arrêtée dans sa marche, ou du moins n'a plus été accompagnée de symptômes généraux; circonstance bien faite, il faut en convenir, pour tromper la sagacité du médecin, ou du moins pour faire naître des doutes dans son esprit, sur les résultats si positifs de l'auscultation et de la percussion. Mais les symptômes persisteraient tels qu'ils ont été décrits à la sortie du malade de l'hôpital, pendant des années, que le diagnostic devrait être maintenu : car, comme il a été dit, d'une part les symptômes indiqués ne conviennent qu'aux tubercules; de l'autre, cette affection peut s'arrêter dans sa marche. Ainsi, je voyais encore, il y a quelques mois, un général de l'empire qui avait été pris, il y a vingt ans, de toux, d'oppression, d'hémoptysie, etc., etc.; depuis lors sa santé avait toujours été chancelante, il avait eu de légers crachements de sang par intervalles, une toux constante et de fréquentes douleurs du côté droit; sous la clavicule correspondante le son était mat

dans la hauteur de 3 centimètres, et le bruit respiratoire obscur, accompagné de quelques craquements Qui pourrait douter que ce malade, toujours resté maigre depuis sa première hémoptysie, ne fût, dès lors, tuberculeux; qu'ainsi le désordre local, constaté par la percussion et l'auscultation, ne soit resté stationnaire, du moins en apparence, pendant vingt ans? Une autre raison de maintenir le diagnostic porté, c'est qu'on voit encore des malades qui après avoir éprouvé des symptômes analogues à celui que je viens de citer, après avoir eu une santé délicate, de la toux, et, par intervalles, de légères hémoptysies, pendant huit et dix années, sont pris des symptômes les plus graves d'une phthisie dont le siége principal est le côté primitivement affecté, et qui les emporte très rapidement.

Les éléments du diagnostic pourraient encore être moins nombreux que dans les faits cités jusqu'ici, sans qu'il cessât d'être moins sûr; l'observation suivante ne me semble laisser aucun doute à cet égard.

LIX

Un enfant de quatorze ans et demi, vif et intelligent, d'une constitution médiocrement forte, fut pris de toux et de fièvre, sans cause connue, au mois de juin dernier. La fièvre, la toux et l'anorexie qui s'y était jointe, persistèrent, et, au dixième jour de l'affection, je fus appelé près du petit malade. La fièvre et la toux, qui était sèche, continuaient; l'enfant avait maigri et accusait, depuis quelques jours, une douleur sous la clavicule gauche, douleur vive, augmentant par le mouvement, la percussion et la pression les plus légères. Le bruit respiratoire était faible dans le même point, parfaitement pur d'ailleurs, et la percussion, pratiquée plusieurs fois et plusieurs jours de suite avec un grand soin, était un peu moins sonore, accompagnée d'un peu moins d'élasticité sous la clavicule gauche que sous la droite. La différence de sonoréité et d'élasticité était très

peu considérable ; et cependant, à raison de la partie de la poitrine où elle existait, de la douleur qui avait le même siége, de la sécheresse de la toux, de la fièvre, du manque de cause appréciable, je pensai que le sujet était phthisique. Des sangsues appliquées sur le point douloureux furent suivies d'un amendement dans la douleur, sans que la toux et la fièvre fussent sensiblement moindres. Après trois semaines, la toux et la fièvre persistaient, quoique diminuées, l'état indiqué du poumon gauche restait à peu près le même, il y avait une dyspnée très marquée, l'amaigrissement était considérable. Cependant le malade commençait à manger et à reprendre des forces, et on put alors le conduire à la campagne, à quelques lieues de Paris. Il y prit bientôt un peu d'exercice, son appétit s'améliora promptement ; mais après deux semaines de séjour à cette campagne, où il n'avait jamais cessé de tousser et d'avoir une oppression très sensible pour tout le monde, il fut pris d'une douleur vive au côté droit de la poitrine, avec un mouvement fébrile considérable, et, trois jours après, je pus constater l'existence d'un épanchement considérable du même côté. Cet épanchement, qui ne fut résorbé qu'après plus de trois mois, fut accompagné, à sa naissance, des symptômes locaux d'une affection tuberculeuse du sommet du poumon correspondant ; ces symptômes prirent assez promptement beaucoup de développement, de manière qu'après moins de six semaines il y avait, avec une fièvre hectique des plus prononcées, un amaigrissement vraiment squelettique, un gargouillement très considérable au sommet du poumon droit, etc., etc.

Je n'insisterai pas davantage sur ce fait, qui n'exige pas, ce me semble, de plus amples commentaires ; et je me bornerai à cette remarque, que la chose importante, dans le diagnostic d'une affection aussi bien connue que la phthisie, dans ses symptômes et dans leur marche, c'est la connaissance exacte de l'état des malades, de la manière

dont les symptômes se sont succédé; après cela, si peu graves ou légers que soient les symptômes, s'ils ont suivi la marche de ceux qui appartiennent à la phthisie, s'ils ne conviennent à aucune autre affection, s'ils n'ont pas été précédés par les causes qui amènent d'autres maladies et leur sont propres, en quelque sorte, il faut en conclure l'existence des tubercules.

Mais le diagnostic de la première période de la phthisie n'est pas seulement fondé sur l'existence de la toux sèche, de l'hémoptysie, de la fièvre; sur les résultats comparés de l'auscultation et de la percussion, etc.; on n'y arrive pas toujours d'une manière directe en quelque sorte : dans certains cas, c'est seulement d'une manière indirecte, et par la connaissance de quelques lois de pathologie et d'anatomie pathologique, dont l'expérience montre tous les jours l'importance et la réalité.

Ainsi, la pleurésie double, celle qui atteint simultanément les deux côtés de la poitrine, n'est pas, comme je l'ai déjà dit, simple ou essentielle : elle tient à une affection grave du parenchyme pulmonaire, quelquefois à la gangrène de cet organe, bien plus ordinairement à l'affection tuberculeuse; et comme cette dernière est incomparablement plus fréquente que l'autre, il en résulte que la pleurésie double indique, d'une manière presque certaine, l'existence d'une affection tuberculeuse, dont le diagnostic échapperait quelquefois complétement à la sagacité du médecin le plus exercé, sans la connaissance de cette loi.

Ce qui est vrai de la pleurésie double, l'est aussi des ulcérations du larynx, qu'on observe presque exclusivement, à part les cas de syphilis, chez les tuberculeux : de manière qu'aussitôt ces ulcérations bien constatées, on peut et l'on doit, dans l'absence des symptômes locaux des tubercules pulmonaires et de la syphilis, annoncer l'existence de la phthisie.

D'un autre côté, comme les tubercules peuvent se dé-

velopper, et se développent en effet très souvent, dans une multitude d'organes à la fois; comme ils déterminent pour certains d'entre eux des symptômes spéciaux qui n'appartiennent qu'aux tubercules; comme enfin il n'y a pas de tubercules dans ces organes, passé quinze ans, sans qu'il y en ait aussi dans les poumons; il s'ensuit qu'aussitôt l'apparition de ces symptômes spéciaux, on peut en conclure l'existence des tubercules pulmonaires. Ainsi, du moment où la péritonite chronique, cette forme que, dans les vingt dernières années, je n'ai jamais rencontrée que chez les tuberculeux, du moment où cette péritonite se manifeste et, sans qu'on puisse l'attribuer à quelque cancer des organes placés dans l'abdomen, il faut en conclure l'existence d'une affection tuberculeuse du poumon, alors même qu'il n'y aurait ni toux ni expectoration, que l'auscultation et la percussion de la poitrine n'offriraient rien d'anormal. Plus d'une fois, dans ces circonstances, j'ai conclu de la même manière, et le diagnostic, qui avait paru un peu hasardé à des amis éclairés, a été vérifié par l'autopsie, lors de mes leçons cliniques à la Pitié.

Ce que je viens de dire au sujet de la péritonite chronique, est parfaitement applicable à cette forme peu aiguë de la méningite qui accompagne le développement des tubercules ou des granulations grises demi-transparentes des méninges. Cette forme est, en effet, comme on l'a vu plus haut, propre aux phthisiques; en sorte que si l'on venait à en observer les symptômes chez un sujet bien portant, au moins en apparence, et chez lequel l'auscultation et la percussion de la poitrine ne présenteraient rien d'anormal, on devrait néanmoins en conclure l'existence d'une affection tuberculeuse des poumons. La 28e observation justifierait au besoin cette proposition. Avant le début de la méningite, rien, chez la malade qui en est l'objet, ne pouvait déceler l'existence d'une affection tuberculeuse des poumons, qui, à la vérité, ne pouvait pas être bien ancienne; l'auscultation

pratiquée après le début de l'affection cérébrale ne conduisit qu'à des résultats négatifs sur ce point, et les seuls symptômes de la méningite permirent de porter un diagnostic qui fut vérifié par l'autopsie.

Une diarrhée non interrompue, de longue durée, de cinq à dix mois et plus, accompagnée d'un amaigrissement plus ou moins considérable, résistant à la diète, aux opiacés, aux vésicatoires appliqués sur l'abdomen, est presque exclusivement propre aux phthisiques, et doit encore, dans un certain nombre de cas, conduire au diagnostic de tubercules pulmonaires que n'annonceraient ni la toux ni l'expectoration, ni l'hémoptysie, ni les douleurs de côté.

Cependant, et malgré toutes les ressources que la pathologie de nos jours fournit au médecin pour arriver au diagnostic de la phthisie, ce diagnostic peut, dans quelques cas rares sans doute, être ou impossible ou très incertain pendant longtemps; peut-être même jusque dans les derniers moments de l'existence. L'observation suivante justifiera cette dernière assertion.

LX.e OBSERVATION.

Une jeune fille âgée de vingt ans, ordinairement bien portante, réglée depuis cinq années, fut admise à l'hôpital Beaujon le 19 novembre 1839, accusant dix-huit mois et demi de maladie. L'affection avait débuté par des coliques assez violentes, accompagnées de météorisme du ventre et de gargouillement; ces symptômes avaient promptement disparu, pour se reproduire après un espace de quinze jours ou de trois semaines. Il en avait été ainsi pendant les dix premiers mois, et même, si l'on en croit le récit de la malade, elle aurait été quelquefois quatre semaines sans douleurs, sans ballonnement du ventre; après quoi les accidents se seraient rapprochés tous les jours davantage, au point de finir par être, en quelque sorte, continus. Cependant, l'appétit s'était bien conservé, il avait même été plus

considérable que dans l'état de santé parfaite, dans les quinze premiers mois, par conséquent à une époque où les douleurs et le ballonnement du ventre étaient déjà continus ou à peu près, et il n'y avait pas eu de diarrhée. Mais dans les trois dernières semaines, l'appétit avait beaucoup diminué; l'anorexie était devenue presque complète, au moment où la malade fut admise à l'hôpital, et, alors, les accidents abdominaux prenaient une nouvelle intensité après le repas.

Ces accidents, qui paraissaient indiquer un obstacle à la circulation des matières fécales dans la longueur de l'intestin, engagèrent à prescrire, tout d'abord, de l'eau de Vichy et des bains alcalins, mais sans aucune amélioration.

Le 10 janvier 1840, cinquante jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, les symptômes indiqués étaient continus, s'exaspéraient de demi-heure en demi-heure, ou environ; et alors les douleurs de ventre, qui étaient très vives, étaient comparées à des crampes, l'abdomen devenait tendu et bosselé, la pression, en déplaçant les gaz, excitait un bruit de glou-glou qui s'entendait à distance. Cependant la figure était naturelle, le teint frais, les pommettes convenablement colorées, l'amaigrissement peu considérable, l'intelligence bien développée, les sens dans l'état normal, le pouls et la chaleur parfaitement naturels; la malade n'avait ni frissons ni sueurs, assurait ne pas tousser, ne pas avoir de douleurs de poitrine, n'avoir que de rares garde-robes. L'eau de Vichy ayant été donnée sans succès, fut remplacée par l'infusion de menthe, à laquelle on joignit un quart de lavement d'eau de chaux tous les jours.

Jusqu'au commencement du mois de mars, l'état de la malade n'offrit pas de changements remarquables : les coliques et le ballonnement du ventre furent les mêmes qu'auparavant, ou à peu près; il y eut, parfois, des vomissements; l'inappétence fut complète, l'amaigrissement médiocre, et la toux si rare que les voisines de la malade assuraient qu'elle ne toussait pas; il n'y avait que deux ou

trois garde-robes par semaine. L'eau de chaux, administrée d'abord en lavements, le fut bientôt à l'intérieur, sans plus d'avantage.

Le 4 mars, les douleurs de ventre prirent une nouvelle intensité : le 5, elles étaient très violentes, et la moindre pression sur l'abdomen était insupportable; les traits étaient profondément altérés, le pouls très fréquent, l'intelligence parfaite. (*40 sangsues sur le ventre.*)

Le 6, les symptômes avaient encore acquis plus de gravité; le ventre était excessivement douloureux, les vomissements répétés, le pouls misérable, à 140. (*Nouvelles sangsues.*)

La malade mourut le lendemain, trois heures après midi.

OUVERTURE DU CADAVRE, QUARANTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT. *Habitude extérieure.* — Amaigrissement peu considérable, infiltration légère des membres inférieurs, ventre volumineux.

Tête. — Tout l'encéphale dans l'état normal.

Poitrine. — Poumons adhérents aux côtes dans toute leur étendue, au moyen d'un tissu cellulaire bien organisé, mince et transparent, beaucoup plus serré au sommet du poumon droit que partout ailleurs. Au sommet du poumon gauche, quelques masses tuberculeuses dont la plus considérable ne dépassait pas le volume de l'extrémité du petit doigt, et quatre petites cavités qui n'étaient pas plus considérables. A droite, quelques granulations grisâtres demi-transparentes au sommet, et, dans toute son étendue, ce poumon était un peu plus ferme que le gauche. — Le cœur n'offrait rien de remarquable.

Abdomen. — Une médiocre quantité de liquide séro-purulent, sans odeur, s'échappa, à l'ouverture de l'abdomen. Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient très volumineuses, refoulaient le diaphragme jusqu'à la quatrième côte, contenaient un gaz d'une odeur très fétide, et étaient

unies entre elles par des fausses membranes jaunâtres, molles, faciles à déchirer, laissant le péritoine à découvert, sans injection. A 4 ou 5 centimètres du cœcum, elles offraient une plaque noirâtre, de la largeur d'une pièce d'un franc, sans perforation. Au niveau de cette escarre, l'intestin avait 12 millimètres seulement de diamètre, et, au-dessus de ce rétrécissement, on trouva, dans la hauteur de 10 à 12 centimètres, un grand nombre d'ulcérations plus ou moins profondes, dont une paraissait occuper toute l'épaisseur de l'intestin et pénétrer entre les lames du mésentère. L'intestin contenait d'ailleurs une grande quantité de matière jaunâtre, d'une bonne consistance dans sa partie inférieure, et, dans toute son étendue, ses parois étaient très épaissies, surtout aux dépens de la tunique musculaire. — Le colon était réduit à un très petit volume et contenait fort peu d'excréments. — Le foie, la rate et les reins n'offraient rien de remarquable.

Malgré les nombreux et importants détails qui manquent à cette observation, elle offre encore beaucoup d'intérêt. Les premiers symptômes de la maladie étaient peu faits, on en conviendra, pour diriger l'attention de l'observateur sur les organes thoraciques; ceux qui suivirent n'y invitaient pas davantage; car la toux fut toujours excessivement rare: après vingt mois de maladie il n'y avait qu'un peu d'amaigrissement, dont les vomissements et les vives douleurs de ventre rendaient bien suffisamment compte; la malade était sans fièvre, son teint excellent, et en se bornant à la connaissance des symptômes locaux, à ceux qui se rattachaient aux fonctions des organes digestifs, on ne pouvait réellement penser qu'à un obstacle plus ou moins considérable à la marche des matières fécales dans l'intestin. Je doute même, à raison de l'absence des symptômes généraux qui accompagnent ordinairement la phthisie, qu'on fût arrivé plus près de la vérité, en pratiquant avec soin

l'auscultation et la percussion, à l'entrée de la malade à l'hôpital. Car si, à cette époque, les petites excavations trouvées dans le poumon droit n'eussent pas existé, le nombre des tubercules n'était pas assez considérable, au moins tout porte à le croire, pour altérer, d'une manière bien évidente, le son de la poitrine sous la clavicule correspondante. D'un autre côté, à raison de l'extrême lenteur avec laquelle les tubercules se sont développés, il est douteux qu'à la même époque le bruit respiratoire eût été sensiblement modifié. Et si les petites excavations eussent existé en novembre, si alors on eût constaté une respiration bronchique et un certain degré de bronchophonie au sommet du poumon droit, on aurait pu croire que ces phénomènes tenaient à une dilatation des bronches, plutôt qu'au développement de quelqu'excavation tuberculeuse, à raison du manque de fièvre et des symptômes généraux de l'affection tuberculeuse. Voilà donc un cas de phthisie dont l'existence devait être méconnue, dans la première période et même dans la seconde. Toutefois, je rappellerai au lecteur que le rétrécissement de l'intestin grêle, à un degré très variable il est vrai, et le plus souvent peu considérable, n'est pas très rare chez les phthisiques, au niveau des ulcérations du jéjunum et de l'iléum; que ce rétrécissement doit amener et amène en effet quelquefois, du côté de l'abdomen, des symptômes analogues à ceux qu'a éprouvés la malade qui nous occupe; que c'était une raison suffisante, surtout dans l'absence des symptômes généraux du cancer, qui amène aussi de semblables rétrécissements, pour tourner son attention vers l'existence d'une affection tuberculeuse. Je ne veux pas dire que ces considérations, réunies aux résultats de l'auscultation et de la percussion convenablement pratiquées, pouvaient conduire à un diagnostic net et assuré; je dis seulement qu'elles auraient pu mettre sur la voie, tout en laissant beaucoup d'incertitude.

Ce fait est d'ailleurs un de ceux qui montrent de la manière la plus frappante la gravité et la variété presque infi-

nie des accidents que peuvent produire les tubercules, loin des organes qui en sont le siége principal ou primitif, et il doit concourir, avec tant d'autres, à soutenir le zèle des médecins dans l'étude d'une affection si commune, si grave, et dont la connaissance approfondie réclame encore tant de travaux.

Passons maintenant à l'étude du diagnostic de la seconde période de la maladie.

ART. II. — *Deuxième période.*

Dans cette seconde période, les lésions sont aggravées, plus étendues que dans la première; les symptômes locaux et généraux prennent plus de développement, des caractères plus prononcés, et le diagnostic est rarement difficile: les symptômes locaux, les résultats de l'auscultation et de la percussion méritent surtout de fixer l'attention, sous le point de vue qui nous occupe.

Les *crachats*, plus ou moins épais et jaunâtres à la fin de la première époque, sont verdâtres et striés de lignes blanchâtres au commencement de la seconde; ils deviennent chaque jour plus épais, et bientôt ils sont arrondis à leur circonférence, nummulaires, comme on dit; caractères qui sont, comme on l'a vu plus haut, presque exclusivement propres aux crachats des phthisiques. Les *douleurs* de poitrine débutent ou continuent, accompagnées ou non d'épanchement pleurétique, sont généralement plus considérables que dans la première période, et ont la même valeur. L'*hémoptysie* a lieu assez fréquemment, n'est accompagnée d'aucune circonstance particulière; en sorte que parmi les symptômes, locaux les crachats sont jusqu'ici les seuls qui aient un caractère différent aux deux périodes de la phthisie.

Dans celle qui nous occupe, les résultats de l'auscultation et de la percussion offrent des modifications plus ou moins profondes et rapides, et deviennent chaque jour plus décisifs. Le *son* de la poitrine devient progressivement plus obscur. Sous les clavicules, ou sous l'une d'elles, jusqu'à

et que la percussion soit tout-à-fait mate, dans une hauteur variable, et qui comprend assez souvent toute celle du lobe supérieur dans sa partie antérieure; ce dont il n'est pas difficile de se rendre compte, puisque chez la troisième partie des malades dont j'analyse l'histoire, le lobe supérieur de l'un des poumons était transformé, dans toute son étendue, en tubercules, en matière grise demi-transparente, et en excavations successivement plus petites du sommet à la base. La matité ainsi limitée et arrivée à ce degré, suffit, chez des sujets peu amaigris et dont l'affection a marché avec lenteur, indépendamment de tout autre renseignement, de l'inspection des crachats, etc., pour reconnaître l'existence d'une affection tuberculeuse.

En même temps que les changemens qui viennent d'être indiqués s'opèrent dans le caractère des crachats et dans la sonorité de la poitrine, on en observe d'autres dans la manière dont se fait la *respiration*. Celle-ci n'est pas seulement âpre, dure et prolongée dans l'expiration, elle devient tout-à-fait bronchique, ou même trachéale sous les clavicules, là où la matité existe; et elle est ordinairement accompagnée d'un râle crépitant à bulles grosses et plus ou moins humides, quelquefois semblable au bruit de l'osier sec quand on le tord, ou à celui que fait une semelle de cuir bien desséchée quand on la plie, ou à un véritable gargouillement. Le *retentissement de la voix* est beaucoup plus considérable que dans la première époque; la bronchophonie est forte, quelquefois très éclatante, au point d'être très désagréable; et bientôt le phénomène désigné sous le nom de pectoriloquie a lieu, accompagné alors de la respiration dite caverneuse. L'espace dans lequel sont limités ces différents symptômes, est d'abord peu considérable; mais il s'étend tous les jours davantage, et, dans les cas où il existe de nombreuses excavations dans tout un lobe supérieur, la respiration est bronchique et plus ou moins trachéale dans tous les points qui lui correspondent. Le gargouillement et

les diverses espèces de râle dont il vient d'être question existent dans le même espace; mais leur caractère et celui de la respiration trachéale se dégradent à mesure qu'on s'éloigne de la clavicule, c'est-à-dire dans l'ordre que suivent les tubercules dans leur développement et dans leurs diverses transformations; et chaque jour la pectoriloquie devint plus manifeste, sans avoir lieu néanmoins dans toute la partie du thorax qui répond au lobe supérieur. A peine s'il est nécessaire de rappeler que les mêmes phénomènes ont lieu du même côté en arrière, au sommet, dans une hauteur ordinairement un peu moindre, et à divers degrés; car il est rare que les modifications de la percussion et de l'auscultation soient exactement les mêmes à la partie antérieure et à la partie postérieure du thorax.

Toutefois, si la pectoriloquie et la respiration trachéale, bronchique ou caverneuse, indiquent l'existence d'une caverne, elles n'en déterminent pas l'origine; et, dans les cas où les symptômes généraux venant à manquer, on conclurait l'existence de la phthisie de celle de ce symptôme, on serait très exposé à se tromper. L'observation suivante en est la preuve.

LXI[e] OBSERVATION.

Un gagne-denier, âgé de cinquante-neuf ans, d'une taille moyenne, d'une constitution peu forte, avait de la dyspnée depuis l'enfance et bien davantage encore depuis le début d'un catarrhe pulmonaire habituel, qui remontait à plus de dix années. Ce catarrhe diminuait pendant l'été, était fort incommode en hiver, et alors la maigreur devenait considérable. La toux et l'appétit avaient progressivement diminué depuis six mois. Dans les quatre dernières semaines l'anorexie était devenue complète, la toux plus considérable, la faiblesse plus marquée; le malade avait cessé toute espèce de travail. Il n'avait eu ni douleur de poitrine ni hémoptysie.

Le 30 octobre 1824, le lendemain de son admission à l'hôpital de la Charité, il était dans l'état suivant : figure pâle, infiltration légère des membres abdominaux, progression pénible et lente; toux médiocre, crachats opaques, verdâtres, sans stries jaunâtres; respiration presque parfaitement trachéale, sorte de gros râle crépitant sous la clavicule droite, et en arrière du même côté, à la même hauteur; retentissement considérable de la voix, pectoriloquie imparfaite dans les mêmes points; poitrine sonore dans toute son étendue; pouls très peu accéléré; langue naturelle au pourtour, couleur café au lait au centre; soif assez vive, anorexie complète, ventre volumineux. On y trouvait une fluctuation obscure; il y avait du dévoiement et des sueurs nocturnes depuis quinze jours. (*Tis. de riz et de chiend.; diasc.; teinture de digitale en frictions; 2 cr. de riz.*)

Jusqu'au 19 novembre, jour de la mort, la faiblesse fit des progrès continuels, la dyspnée devint successivement plus considérable, et, dans les derniers six jours, les crachats ressemblaient à une purée verdâtre. Les résultats de l'auscultation du côté droit ne changèrent pas. Le 7, on entendait, sous la clavicule gauche, un râle muqueux, mêlé de gargouillement; en arrière, la respiration bronchique était très forte et le retentissement de la voix assez considérable dans le point correspondant. Il y eut un râle ronflant très prononcé dans toute l'étendue de la poitrine, pendant les quatre derniers jours. — Le pouls devint très accéléré.

L'anorexie fut complète, il y eut des nausées, puis des vomissements, et bientôt la langue finit par se sécher. Les selles devinrent tout-à-coup très fréquentes le 10, et elles continuèrent, au nombre de quinze à vingt dans la journée, jusqu'à la mort.

L'assoupissement fut presque continuel pendant les quatre derniers jours, et le malade mourut à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE, TRENTE-SEPT HEURES APRÈS LA MORT. *État extérieur.* — Œdème peu considérable des membres abdominaux.

Tête. — Adhérences intimes de la dure-mère à la suture sagittale; infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; substance corticale du cerveau un peu rosée; la médullaire comme piquée de sang et d'une bonne consistance. Une cuillerée de sérosité limpide dans chacun des ventricules latéraux; un peu moins dans les fosses occipitales inférieures.

Cou. — L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La membrane muqueuse de la trachée-artère, rouge dans toute son étendue, inférieurement surtout; d'ailleurs parfaitement saine.

Poitrine. — Les poumons adhéraient aux plèvres dans tout leur pourtour, au moyen d'un tissu cellulaire abondant; le droit semblait transformé, à son sommet, dans la hauteur de 6 centimètres, en un grand nombre de kystes du volume d'un pois à celui d'une grosse aveline. Ces kystes prétendus, qui n'étaient autre chose qu'une dilatation des bronches, contenaient un liquide muqueux, rougeâtre, ou une matière jaunâtre, opaque, et plus ou moins épaisse; étaient adossés les uns aux autres, formés par une membrane mince comme la membrane muqueuse du colon, un peu rouge, très ferme et continue avec celle des bronches, qui étaient parfaitement saines dans le reste de leur étendue. Quelques kistes offraient des espèces de valvules. La même lésion existait au sommet du poumon gauche, mais dans la hauteur de 4 centimètres seulement, et la dilatation des bronches y était moins considérable. Il n'y avait de tubercules ou de matière tuberculeuse dans aucun point. Le poumon droit était légèrement engoué et moins souple que le gauche, qui était parfaitement sain, à part la dilatation indiquée. — Le cœur avait un petit volume;

l'aorte offrait quelques plaques jaunâtres un peu saillantes dans toute sa longueur.

Abdomen. — Environ trois litres de sérosité claire dans la cavité abdominale. — L'estomac avait un petit volume; sa membrane muqueuse était grisâtre près du pylore, pointuée de rouge ailleurs, amincie dans quelques points, très molle, si ce n'est dans sa portion grisâtre; en sorte qu'on ne pouvait en former des lambeaux de plus de 2 à 4 millimètres de longueur. — L'intestin grêle était étroit, doublé d'épaisseur, très court; sa membrane muqueuse, molle comme du mucus. Celle du colon était un peu épaissie dans toute son étendue, extrêmement ramollie dans l'S romaine, et seulement un peu moins consistante ailleurs que dans l'état ordinaire. — Le foie adhérait au diaphragme, et son tissu était parfaitement sain. La vésicule biliaire, réduite à la grosseur d'une aveline, contenait deux concrétions noirâtres, molles, inégales, enveloppées de mucus: ses parois avaient plus d'un millimètre d'épaisseur, ce qui était en grande partie le résultat de l'épaississement de la membrane muqueuse; le tissu cellulaire sous-muqueux était fort dense; le canal cystique dans l'état naturel.

Quand je vis le malade à son arrivée à l'hôpital, je le crus atteint de quelque affection organique de l'abdomen et d'une phthisie extrêmement chronique, qui n'aurait donné lieu qu'à un désordre très borné. La parfaite sonorité de la poitrine sous les clavicules me laissa d'abord des doutes; mais l'auscultation indiquant l'existence de quelque excavation dans les mêmes points, je crus qu'elles provenaient de la fonte de quelques tubercules; ce que semblaient d'ailleurs confirmer la toux, la dyspnée, les crachats, et surtout la partie du poumon où se trouvait cette excavation. Je me suis trompé, et je me tromperais peut-être encore aujourd'hui, si pareil fait se présentait à mon observation. Toutefois, je remarquerai qu'il n'y avait eu ni hémoptysie,

ni douleur de poitrine, ni crachats striés; et j'en conclurai que la *pectoriloquie dans un espace limité* au sommet du thorax, chez un sujet atteint de catarrhe pulmonaire chronique, et dont les crachats sont opaques, verdâtres, puriformes et arrondis, ne suffit pas pour annoncer, avec une certitude absolue, l'existence de la phthisie; que pour cela il faut réunir aux circonstances précédentes, soit l'hémoptysie, soit des douleurs de poitrine, soit des signes d'ulcérations du larynx ou de l'épiglotte, et l'obscurité du son.

Sans doute les faits du genre de celui qui nous occupe sont rares, et bien des années se passeront peut-être sans que j'en observe un autre en tout semblable; mais il n'en est pas moins digne d'attention, puisqu'il est une preuve de la difficulté du diagnostic, dans les cas les plus faciles en apparence.

Cependant on courrait risque de tomber dans une erreur opposée à celle que je signale, si, dans les cas où la respiration bronchique et la pectoriloquie imparfaite existent au sommet de l'un des côtés de la poitrine, on ne voulait reconnaître l'existence d'une affection tuberculeuse qu'autant qu'il y aurait obscurité du son sous les clavicules; car dans les cas où de petites excavations sont entourées d'un parenchyme pulmonaire sain, ou sans induration, la percussion n'est pas sensiblement moins sonore que dans l'état naturel, comme on l'aurait sans doute observé dans l'avant-dernière observation, si la percussion eût été pratiquée. Il faudrait donc, dans des circonstances semblables, suspendre son jugement, si, comme je le disais tout-à-l'heure, il n'y avait eu, dans le cours de la maladie, ni hémoptysie un peu grave, ni douleurs pleurétiques, ou s'il n'y avait quelques symptômes d'ulcération au larynx ou à l'épiglotte, ou des signes de péritonite chronique; dernières lésions qui supposent une affection tuberculeuse.

Du reste, l'altération de la sonorité de la poitrine, au niveau des grandes excavations tuberculeuses, n'est pas tou-

jours la même : au lieu d'un son mat dans les points qui leur correspondent, la percussion amène souvent un son clair, mais d'un timbre tout-à-fait différent de celui qui appartient à l'état normal, qui a quelque chose de pathognomonique, et qui conduit, comme par degrés, à cette autre modification connue sous le nom de bruit de pot fêlé ; laquelle n'a guère lieu aussi qu'au niveau des grandes excavations (1). Dans ces cas on ne risque guère de prendre une simple dilatation des bronches pour une caverne, vu que la dilatation des bronches, au sommet de la poitrine, n'est jamais assez considérable pour donner lieu, par elle-même, à la modification de sonoréité qui nous occupe.

Placée ailleurs qu'au sommet du poumon, la dilatation des bronches serait difficilement confondue avec la phthisie : car le gargouillement et la pectoriloquie dans une partie du poumon plus ou moins éloignée de son sommet, tandis que le bruit respiratoire n'offrirait rien de remarquable dans celui-ci, éloignerait tout d'abord l'idée d'une affection tuberculeuse ; et le défaut d'hémoptysie, de douleurs de

(1) Le bruit de pot fêlé n'a pas seulement lieu, en effet, comme on le croit généralement, au niveau des cavernes tuberculeuses d'une grande étendue ; on l'observe encore, bien que très rarement à la vérité, dans des circonstances très différentes. Ainsi je l'ai constaté avec le docteur Reynaud, il y a quatre ans, à l'hôpital de la Pitié, chez un homme qui succomba à une pneumonie du côté droit, et dont le poumon correspondant, complétement hépatisé dans son lobe supérieur, ne contenait ni tubercules ni excavation purulente. Je l'ai observé une seconde fois chez un étudiant en médecine, atteint d'une pleurésie du côté gauche, avec épanchement considérable ; de manière que tout ce côté de la poitrine rendait un son mat, avec cette circonstance remarquable que, sous la clavicule, la matité était unie à un bruit de pot fêlé. Cet étudiant, qui n'était pas phthisique, guérit parfaitement bien et rapidement. J'ajoute que la percussion avait été pratiquée, dans les deux cas, de manière à éviter l'erreur qu'elle peut amener quelquefois, je veux dire que le doigt sur lequel elle avait été exercée, avait été placé dans la direction des côtes, et non perpendiculairement à leur trajet. Dans cette dernière manière de faire, en effet, quand l'amaigrissement est considérable, le bruit de pot fêlé se produit aisément, quel que soit l'état du parenchyme pulmonaire ; et ce fait se conçoit sans peine dans la théorie du docteur Reynaud, puisque alors, par l'effet de la percussion plus ou moins énergiquement pratiquée, l'air qui se trouve dans l'espace intercostal correspondant, en est chassé plus ou moins rapidement.

poitrine, de fièvre hectique, etc., etc., achèverait de dissiper tous les doutes.

Indépendamment de la respiration trachéale ou caverneuse, qui existe au niveau des excavations tuberculeuses, on entend encore assez fréquemment, dans le même point, comme l'a remarqué l'illustre auteur de l'auscultation, cette modification de la respiration connue sous le nom de respiration amphorique, et le tintement métallique, qui, au premier abord, pourraient faire croire à la perforation du poumon. Mais si l'espace dans lequel on entend l'un ou l'autre des deux phénomènes, est borné au sommet du thorax, c'est-à-dire au point d'élection des grandes cavernes tuberculeuses, l'erreur n'est guère possible. Dans d'autres cas, quand la respiration amphorique et le tintement métallique sont plus étendus, quand on en constate la présence dans toute la hauteur du thorax, comme j'en ai vu des exemples chez des malades dont un des poumons était converti, dans la plus grande partie de sa hauteur, en une vaste caverne; dans ces cas, à moins qu'on n'ait suivi, en quelque sorte, pas à pas le développement de la caverne, on est très exposé à se tromper, surtout si le sujet a éprouvé à peu près à la même époque, et sans cause évidente, un étouffement plus ou moins marqué; c'est-à-dire le symptôme qui accompagne le plus ordinairement la perforation à son début. Cependant il est digne de remarque que dans le cas dont il s'agit, quand le tintement métallique et la respiration amphorique ont leur siége dans une vaste caverne, la sonoréité de la poitrine est moins grande que dans le cas contraire. Avec le temps, d'ailleurs, un épanchement de liquide a lieu dans le pneumo-thorax, ce qui n'existe pas quand il n'y a qu'une excavation.

Le lecteur n'a pas oublié que c'est surtout dans la seconde période de la phthisie que se développent les ulcérations du larynx et de l'épiglotte; la présence de l'une de ces lésions ajouterait beaucoup, dans certains cas, à la certitude du diagnostic, ainsi qu'on l'a déjà vu au sujet de la précédente

observation : et il faut en dire autant de la méningite et de la péritonite chroniques, bien plus utiles cependant, sous le point de vue qui nous occupe, dans la première période de la maladie que dans la seconde.

CHAPITRE IV.

TERMINAISON ET PRONOSTIC DE LA PHTHISIE.

La phthisie se termine presque toujours par la mort, après un espace de temps très variable, compris entre quelques semaines et plusieurs années. Dans quelques cas rares, l'affection paraît tendre à une terminaison heureuse, et, après en avoir éprouvé les symptômes les plus graves, les malades ont à peine ceux d'un catarrhe pulmonaire chronique de peu d'intensité, qui ne les empêche pas de vaquer à leurs affaires et de remplir tous les devoirs de la vie sociale. Ainsi, j'ai vu dernièrement à l'hôpital Beaujon, un homme âgé de quarante-cinq ans, qui avait éprouvé, quatorze ans avant son admission dans cet établissement, des symptômes graves, lesquels, suivant toutes les apparences, tenaient à une affection tuberculeuse. Des hémoptysies, une expectoration très abondante, de la diarrhée, un amaigrissement rapide, avaient eu lieu ; le malade avait gardé le lit pendant six mois, puis sa santé s'était rétablie peu à peu, et il avait pu reprendre des travaux assez rudes, qui n'avaient pas été interrompus, jusqu'au moment où il fut soumis à mon observation. Alors il toussait un peu, avait un embonpoint médiocre, était presque sans fièvre; sa poitrine était bien conformée, sans dépression sous les clavicules, rendait un son un peu obscur sous la droite, dans la hauteur de 6 centimètres. Dans le même point, le bruit respiratoire était bronchique, accompagné de quelques craquements, et il y avait une bronchophonie marquée. Les résultats de l'auscultation et de la percussion étaient les

mêmes en arrière, du même côté, à la même hauteur; tandis que du côté gauche tout se passait comme dans l'état naturel. Le malade fut complètement rétabli après quelques jours, et resta néanmoins à l'hôpital deux mois de suite, pendant lesquels le seul changement appréciable fut un peu moins de bronchophonie, un retentissement de la voix un peu moins considérable sous la clavicule droite qu'à son entrée.—Quelques mois plus tard, ce malade est encore venu au même hôpital, avec quelques symptômes d'une bronchite capillaire de la base des poumons; et j'ai reconnu que l'auscultation et la percussion, sous la clavicule droite, étaient les mêmes qu'à sa première entrée.

J'ai vu, il y a douze ans, à l'hôpital de la Pitié, un homme vigoureux, à poitrine large et profonde, âgé de cinquante ans, qui était venu dans cet établissement pour une simple indisposition. Il toussait habituellement un peu depuis quinze ans, avait gardé le lit, au début de la toux, pendant quelques semaines; après quoi il avait joui d'une santé parfaite, à part un peu de toux, et s'était livré, sans interruption, à des occupations pénibles. Sa poitrine rendait un son un peu obscur sous la clavicule droite, où existaient une respiration caverneuse et une pectoriloquie parfaite. Il n'y avait de râle dans aucun point.

J'ai donné, pendant près de huit années, des soins à un gentilhomme qui occupait un rang élevé dans l'État, jouissait d'une grande fortune héréditaire, avait une constitution forte, robuste même, de larges épaules, une poitrine non moins large et profonde, des fonctions digestives très énergiques, et des habitudes de grande sobriété. Pendant les huit années en question, je fus quelquefois consulté pour un catarrhe pulmonaire aigu, léger, qui était accompagné d'un peu de râle sous-crépitant à la base des deux poumons, en arrière, presque sans fièvre, toujours de peu de durée, de quelques jours seulement. Dans l'intervalle de ces catarrhes, le malade rendait plusieurs fois

le jour, ainsi qu'il en avait l'habitude depuis nombre d'années, un crachat volumineux, verdâtre, en relief, non aéré. Il avait ce qu'on appelle dans le monde la poitrine grasse; mais il était d'ailleurs si fort, si énergique; il supportait si bien la fatigue du corps, il semblait si difficile de soupçonner chez lui une affection organique de quelque importance, qu'à aucune époque je n'eus la pensée d'examiner la partie supérieure de sa poitrine. J'ajoute que quand je fus appelé pour la première fois à lui donner des soins, il avait eu plusieurs accès, et quelques uns très graves, de colique néphrétique. Il succomba à une maladie douloureuse des voies urinaires; et à l'ouverture de son corps, je trouvai, au sommet du poumon droit, une caverne d'un peu plus de 5 centimètres de large, tapissée par une fausse membrane, communiquant avec les bronches, et, à son pourtour, deux tubercules du volume d'une très petite noisette, qui commençaient à se ramollir.

Le premier des trois faits qui viennent d'être cités peut-il être regardé comme un cas de guérison de tubercules? Et en admettant l'affirmative, cette guérison doit-elle être considérée comme provisoire, ou comme définitive? Si l'on n'a pas oublié que la disposition aux tubercules diminue avec l'âge, que plus on s'éloigne de la jeunesse, moins on y est exposé, on sera porté à croire que le malade dont il s'agit pourra bien encore, à l'avenir, être sujet au rhume, mais qu'il ne sera plus exposé à de nouvelles éruptions de tubercules. On pourra en dire autant du malade de la Pitié, et on l'aurait dû aussi, à une certaine époque de l'existence du dernier, à l'autopsie duquel on trouva, autour d'une caverne unique, deux tubercules, les seuls qu'offrit le parenchyme pulmonaire. Car quand ces deux tubercules seraient venus à se ramollir complètement, à être remplacés par de petites cavernes, l'état du malade n'aurait pas été sensiblement plus grave, son existence n'en eût sans doute pas été sensiblement abrégée. Toutefois, et il ne

faut pas l'oublier, cette manière de voir n'a en sa faveur que de grandes probabilités.

Il est d'ailleurs digne de remarque que les trois malades dont il vient d'être question, avaient dépassé quarante ans; qu'un seul de leurs poumons avait été, ou paraissait être tuberculeux; que dans les deux derniers cas, les cavernes avaient conservé, suivant toutes les apparences, leurs premières dimensions; que ces malades appartenaient à des classes différentes de la société; que le début de l'affection fut marqué par des symptômes graves dans un cas; qu'il n'en fut pas ainsi dans les autres; et que, dans aucun, on ne peut attribuer la marche heureuse de la maladie à une médication quelconque.

Je pourrais rapprocher des trois faits qui viennent d'être cités, quelques uns de ceux dont il a été question au sujet de la marche de la maladie; et s'il était possible de tenir compte ici de tous les cas analogues observés dans la pratique particulière d'un certain nombre de médecins habiles, on en trouverait, je n'en doute pas, un nombre beaucoup plus considérable qu'on ne le croit généralement, et qui, tous en particulier, prouveraient invinciblement que la phthisie peut s'arrêter dans sa marche. Mais beaucoup de ces faits passent inaperçus, et bien des médecins doutent, par cela même, de la réalité d'une affection tuberculeuse qui permet de vivre. Cependant les recherches anatomiques faites par Laënnec et ses successeurs, sur la curabilité de la phthisie, ne laissent aucun doute à cet égard; et parmi les plus récentes et les plus dignes d'intérêt, il faut surtout citer celles que le docteur Rogée a consignées dans les *Archives de médecine*, et sur lesquelles M. le docteur Valleix a déjà fixé l'attention des médecins. Il résulte, en effet, des recherches du docteur Rogée, qu'une mort prématurée vient d'enlever à la science qu'il cultivait avec un excellent esprit, que les concrétions crétacées ou calcaires, qu'on trouve quelquefois au sommet des poumons, sont toujours la suite de tubercules guéris ou transformés; que

la moitié des femmes ouvertes par lui à la Salpêtrière et examinées avec soin, sans distinction, offraient au sommet des poumons une ou plusieurs de ces concrétions; c'est-à-dire que la moitié d'entre elles (51 sur 100) avait été atteinte, à une certaine époque de l'existence, d'une phthisie toujours très bornée.

Ces faits sont assurément d'un immense intérêt; car s'ils venaient à être confirmés par d'autres faits du même genre et plus nombreux, il faudrait en conclure que la phthisie est encore plus fréquente qu'on ne le pense généralement, et surtout qu'elle s'arrête beaucoup plus souvent dans sa marche qu'on ne l'avait imaginé jusqu'ici.

Il serait toutefois difficile de penser que les symptômes liés aux tubercules, dont le docteur Rogée a trouvé des traces sur les cadavres de femmes qu'il avait étudiés avec soin, eussent jamais offert beaucoup de gravité, qu'il y ait eu, au sommet de leurs poumons, de grandes excavations auxquelles auraient succédé de petites masses crétacées. Il est plus vraisemblable que dans les cas dont il s'agit, l'affection a toujours marché d'une manière sourde; et l'on se demande, dès lors, si ces phthisies si bornées, dans lesquelles le désordre a été si peu considérable, ont débuté dans la jeunesse ou dans un âge avancé! on se demande aussi comment on pourrait affirmer qu'une hémoptysie un peu forte, non suivie des symptômes de la phthisie, ce qui est malheureusement bien rare, comment cette hémoptysie pourrait être considérée comme essentielle, quand le désordre auquel elle se rattache presque constamment peut être extrêmement minime et rester à l'état latent.

Du reste, l'étude de la phthisie, sous le point de vue qui nous occupe, celui de la curabilité, est encore bien peu avancée et n'offre pas, dans ce moment, tout l'intérêt qui doit s'attacher à un sujet d'une si grande importance: car dans les faits de guérison connus jusqu'ici, le désordre a été constamment très limité; et il l'a été, non par quelque

circonstance fortuite et néanmoins appréciable, plus ou moins facile à reproduire dès lors; mais par des circonstances individuelles sans doute, jusqu'ici entièrement inconnues, et à la recherche desquelles les médecins doivent s'appliquer désormais d'une manière suivie.

On voit d'ailleurs, par tout ce qui précède, combien le pronostic de la phthisie est difficile, dans combien d'erreurs on serait entraîné, si on venait à l'établir dès le début de l'affection; puisqu'une certaine gravité des symptômes, dans les premiers temps, n'empêche pas toujours la maladie de s'arrêter dans sa marche. D'un autre côté, nous avons vu que l'affection, après avoir marché pendant plusieurs années, avec beaucoup de lenteur, une extrême lenteur, peut-être même après s'être arrêtée dans sa marche, peut offrir tout-à-coup beaucoup de violence, et conduire à la mort après un espace de temps très court. Une perforation du parenchyme pulmonaire peut avoir lieu à une époque rapprochée du début; des tubercules peuvent se développer dans les méninges, une inflammation chronique s'emparer du péritoine et de ses replis. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de prévoir l'époque à laquelle surviendront ces symptômes chez ceux qui doivent les éprouver, de dire ceux qui en seront atteints. Que des raisons pour apporter de la mesure dans son pronostic, tout en montrant la gravité de la maladie et le peu d'espérance à conserver, quand les symptômes sont graves au début, ou peu après le début!

CHAPITRE V.

CAUSES.

Nous voici parvenus au point le plus important de l'histoire de la phthisie, et malheureusement le moin bien étudié jusqu'ici. Non certes que les assertions man-

quent au sujet des causes qui disposent de longue main à cette maladie, ou qui en décident l'explosion ; mais les faits constatés rigoureusement, ceux qui peuvent servir à l'avancement de la science, manquent sur presque tous les points ; et, dans le petit nombre de conclusions que je pourrai tirer de ceux que j'ai recueillis moi-même, je trouverai plutot matière à combattre l'erreur qu'à établir la vérité.

Je commencerai, en suivant l'ordre naturel, par l'exposition des faits relatifs aux causes dites prédisposantes ; je passerai ensuite à ceux qui se rattachent aux causes existantes.

ART. I. — Causes prédisposantes ou éloignées.

§ 1. *Age.* L'âge est incontestablement une des circonstances qui ont le plus d'influence sur le développement des tubercules. On ne possède que de rares exemples de phthisie chez le fœtus ; et, suivant Billard (1) et M. Baron, les tubercules sont rares dans les premiers mois de la vie extra-utérine. M. Guyot a fait, au rapport de M. Papavoine, quatre cents autopsies d'enfants nouveau-nés, sans en avoir rencontré un seul exemple (2) ; et, suivant ce dernier, c'est à la l'époque de la première dentition, surtout si elle est accompagnée de quelque état morbide, que les tubercules apparaissent dans nos organes ; et néanmoins, ajoute-t-il, il s'en faut de beaucoup qu'ils soient aussi fréquents dans les deux premières années de la vie que dans celles qui les suivront. D'après M. Lombard, de Genève, c'est de quatre à cinq ans que les tubercules sont le plus fréquents, et sur deux cent vingt enfants âgés de deux à quinze ans, ouverts par M. Papavoine, et parmi lesquels il y avait trois cent quatre-vingt-huit garçons et cinq cent trente-deux filles, trois cent vingt-huit, ou près des trois cinquièmes, offraient des tubercules : et sur ces

(1) *Traité des maladies des enfants*, Paris, 1837, pag. 731.
(2) *Mémoire sur les tubercules*. *Journal des Progrès*, 2e vol. p. 201.

cinq cent trente-huit cas, les tubercules furent sinon la cause unique, du moins la cause déterminante de la mort, trois cent vingt-sept fois; c'est-à-dire chez plus du tiers des sujets. Sur les deux cent onze autres, les tubercules n'étaient qu'une lésion secondaire.

Le tableau suivant, dressé par M. Papavoine, montre les nombreuses variations qu'offrent les tubercules quant à leur fréquence, suivant l'âge.

SUR [illegible] ENFANTS, FILLES ET GARÇONS.

ÂGE DE	NOMBRE des tuberculeux	NOMBRE des non-tuberculeux	RAPPORT [illegible]	RAPPORT des tuberculeux de chaque âge à leur nombre total
Ans. 2 premières.	72	118	7 : 12	1/5 et 1/2 envir.
3.	61	61	1 : 1	1/8
4.	46	21	2 : 1	1/9
5.	35	12	2 2/3 : 1	1/12
6.	31	14	2 1/2 : 1	1/13
7.	29	10	3 : 1	1/15
8.	24	14	1 3/7 : 1	1/17
9.	16	8	2 : 1	1/25
10.	19	12	1 1/2 : 1	1/21
11.	17	8	1 1/3 : 1	1/21
12.	21	8	2 : 1	1/16
13.	10	5	2 : 1	1/33
14.	11	10	1 : 1	1/35
Âge non noté.	11	0		1/33
Totaux.	198	221		

C'est-à-dire que de la quatrième à la treizième année, le nombre des enfants tuberculeux paraît être constamment plus considérable que celui des individus qui ne le sont pas; que ce nombre est surtout considérable de quatre à sept ans.

On a vu aussi précédemment qu'après quinze ans, la proportion des tubercules varie beaucoup suivant les âges. Mais en considérant d'une manière générale l'ensemble des tubercules avant et après quinze ans, on trouve que leur proportion diffère moins qu'on ne l'aurait cru, au premier abord, puisque d'après les faits recueillis par moi à l'hôpi-

tal de la Charité, les deux cinquièmes environ des malades qui succombent dans cet hôpital seraient tuberculeux.

§ 2. *Sexe.* — La science, si je ne m'abuse, possède bien peu de documents capables de nous faire connaître rigoureusement la disposition plus ou moins grande des deux sexes à la phthisie. Bayle, qui a jeté de si vives lumières sur l'histoire de cette maladie, se borne à dire qu'elle exerce à peu près également ses ravages sur les deux sexes. Les faits que j'ai recueillis ne sont pas d'accord avec cette manière de voir. En effet, des cent vingt-trois cas analysés dans la première édition de cet ouvrage, et recueillis dans une division de quarante-huit lits également partagés entre l'un et l'autre sexe, soixante-dix appartiennent aux femmes, et cinquante-sept aux hommes; premier fait qui peut porter à croire que les femmes sont un peu plus sujettes à la phthisie que les hommes. Ce fait est d'ailleurs en parfaite harmonie avec cet autre, savoir : que sur un égal nombre d'hommes et de femmes reçus dans la même division, et ayant succombé à des maladies chroniques de différente nature, il y avait encore, sur quarante cas de tubercules, quinze hommes et vingt-cinq femmes. Et en réunissant les deux ordres de faits dont il s'agit, le nombre de phthisiques chez les hommes et chez les femmes était de soixante-dix et quatre-vingt-douze; différence assez considérable, et qui peut au moins faire présumer, malgré le petit nombre de faits analysés, que la phthisie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

L'étude d'un autre ordre de faits a conduit à des résultats analogues M. Benoiston de Châteauneuf (1) : il a trouvé que sur 43,010 malades reçus de 1821 à 1826 dans trois des hôpitaux de Paris, 1,554 ont succombé à la phthisie; 754 hommes sur 26,055 hommes, et 800 femmes sur 16,955; c'est-à-dire que dans l'espace de temps indiqué

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. VI, pag. 5 et suiv.

les hommes ont succombé à la phthisie dans la proportion d'un trente-cinquième, et les femmes dans celle d'un vingt-et-unième. Et en admettant que les registres des hôpitaux ne soient pas tenus, sous le point de vue qui nous occupe, avec toute l'exactitude désirable, on ne saurait néanmoins en conclure le peu de valeur du résultat indiqué; vu que les erreurs qui peuvent avoir été commises, étant les mêmes pour les deux sexes, se compensent et ne doivent pas altérer sensiblement la vérité du résultat.

Il serait difficile, après cela, de douter qu'au moins en France, et à Paris en particulier, la phthisie soit plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et dans une proportion assez considérable.

D'un autre côté, il résulte d'un tableau dressé par M. Papavoine et inséré dans son Mémoire déjà cité, sur les tubercules, que sur 539 petites filles mortes de deux à quinze ans à l'hôpital des enfants, et ouvertes par lui, 308, ou les trois cinquièmes, avaient des tubercules; et que sur 387 garçons ouverts au même hôpital, 210 seulement, ou les deux tiers environ, étaient dans le même cas : fait important, et d'où il semble permis de conclure, car les faits analysés sont assez nombreux, que la phthisie est plus commune chez la femme que chez l'homme, à toutes les époques de la vie, au moins en France, et à Paris en particulier.

Mais à quelle circonstance rapporter cette remarquable différence? C'est ce que j'indiquerai plus tard, quand il sera question des tempéraments.

En admettant que le nombre de faits analysés, quoique considérable, ne le soit pas assez pour faire loi, on conviendra, par la même raison, que les résultats qui en découlent ne peuvent être infirmés par des résultats opposés, conclus d'un plus petit nombre de faits. Ainsi, le docteur Hone (dans son rapport statistique et physiologique

relatif à l'infirmerie royale d'Edimbourg, pour les années 1833, 1834, 1836), (1) rapporte que sur 297 phthisiques morts ou existant dans cette infirmerie, 185 appartenaient aux hommes, et 112 seulement aux femmes; bien que le nombre de celles qui furent admises, pour toute espèce de maladie, dans cet espace de temps, ait été notablement plus considérable que celui des hommes. Certes, on ne peut rien conclure de ce résultat contre ceux qui précèdent; et si des faits plus nombreux et plus variés venaient à se reproduire en Angleterre, on devrait se demander, avant toutes choses, si la condition des femmes de la classe ouvrière ne différerait pas assez en France et en Angleterre, pour que les maladies qui les moissonnent se présentent dans des proportions très différentes dans les deux pays.

§ 3. *Constitution.* — Les constitutions faibles et délicates sont considérées depuis longtemps comme une prédisposition très grande au développement de la phthisie; et ce qu'on vient de lire relativement à l'influence du sexe sur ce point, semble favorable à l'opinion dominante. Toutefois on devra mettre cette opinion en doute, si l'on se rappelle l'analyse des faits rapportés au sujet de la marche de la maladie, de laquelle il résulte que la phthisie a parcouru ses diverses périodes aussi rapidement chez les individus forts que chez les individus faibles, et même plus vite chez les premiers que chez les seconds.

Les doutes que j'exprime paraîtront peut-être fort peu raisonnables aux yeux d'un assez grand nombre de médecins; cependant j'hésite d'autant moins à les émettre que jusqu'ici j'ai partagé l'opinion dominante, et que j'espérais bien m'y maintenir en étudiant les faits avec soin. C'était donc pour moi un devoir impérieux de les faire connaître

(1) *Gazette médicale*, 1838, p. 78.

sous ce rapport; avec d'autant plus de raison que l'opinion commune, que je partageais, ne repose sur aucun travail exact, j'ai presque dit sérieux. Qu'on n'oublie pas d'ailleurs qu'il ne s'agit ici que de doutes; qu'il n'est pas question d'opposer une assertion à une assertion, d'après un nombre de faits encore trop peu considérables, je le reconnais; et la réserve est d'autant plus nécessaire sur ce point, que le doute ne m'est inspiré que par l'analogie; qu'on ne saurait conclure rigoureusement de ce qu'une maladie marche moins vite chez les personnes faibles que chez les personnes fortes, qu'elle est moins fréquente chez les premières que chez les secondes.

Evidemment, pour apprécier d'une manière rigoureuse l'influence de la force ou de la faiblesse de la constitution sur la fréquence de la phthisie, il faudrait, avant tout, connaître la proportion des constitutions fortes et des constitutions faibles dans la classe ouvrière, dont il s'agit plus particulièrement dans ces recherches.

Le travail nécessaire pour arriver à cette connaissance ne serait d'ailleurs, si je ne m'abuse, ni très long ni très difficile. Il suffirait, pour atteindre le but, de faire un relevé de la population de tous les hôpitaux de Paris, en se bornant à bien constater, pour chaque individu, les maladies antérieures, la vigueur ou la faiblesse du corps, avec les traits des tempéraments, sans entrer dans de grands détails au sujet de la maladie actuelle. Si un pareil travail, recommencé après une année, conduisait encore au même résultat, amenait toujours une même proportion entre les constitutions fortes et les constitutions faibles et moyennes, on serait autorisé à considérer cette proportion comme exacte, comme étant l'expression de la vérité, et on aurait alors un point de départ fixe pour l'étude de toutes les affections morbides, relativement à l'influence des constitutions fortes ou faibles sur leur développement

§ 4. *Tempérament.* — L'influence du tempérament sur le développement de la phthisie n'est peut-être pas beaucoup mieux connue que celle de la force ou de la faiblesse de la constitution, envisagées sous le même point de vue. Néanmoins, un fait important a été constaté par M. Papavoine dans son Mémoire sur les tubercules, savoir : que le tempérament lymphatique, qui, après quinze ans, est incontestablement plus fréquent chez la femme que chez l'homme, est aussi plus commun chez les petites filles que chez les petits garçons (1); et comme, d'un autre côté, il résulte des faits recueillis par le même médecin, de mes observations, et des analyses de M. Benoiston de Châteauneuf, que la phthisie est plus fréquente, à tout âge de la vie, chez la femme que chez l'homme; il devient infiniment probable que le tempérament lymphatique forme une prédisposition plus ou moins marquée au développement de la phthisie, du moins en France, et à Paris en particulier.

§ 5. *Rachitisme.* — Le rachitisme, qui, suivant l'opinion commune, est le dernier degré du tempérament lymphatique, devrait être, d'après ce qui vient d'être dit, une cause puissante de tubercules. Néanmoins, sur dix-huit enfants rachitiques, M. Papavoine (*loco cit.*) n'a vu que trois tuberculeux ; et sur dix adultes qui offraient à un degré plus ou moins considérable les symptômes du rachitisme, M. de Castelnau n'a trouvé quelques traces de tubercules que dans un cas. Les sujets dont il s'agit étaient des femmes qui furent toutes observées à l'hôpital Beaujon, presque en même temps et dans tout l'établissement ; une seule d'entre elles était jeune, avait vingt-sept ans et n'était

(1) Sur 212 filles âgées de 2 à 15 ans, 55, ou moins du quart, étaient brunes ;
96, ou près de la moitié, étaient blondes ;
61 étaient châtaines.

Sur 56 garçons du même âge, 20, ou un tiers, étaient bruns ;
18 étaient blonds,
18 étaient châtains.

pas tuberculeuse; la plus jeune des autres avait soixante-cinq ans, et la plus âgée soixante-seize.

Ces faits qui, à raison de leur petit nombre ou de l'âge des sujets, ne prouvent véritablement rien, montrent au moins que le rachitisme est assez souvent compatible avec une longue existence, et ils peuvent faire naître des doutes légitimes sur l'influence attribuée au rachitisme sur le développement des tubercules.

§ 9. *Hérédité.* — La dixième partie des sujets que j'ai observés était issue de parents, père et mère, qui, suivant toutes les apparences, avaient succombé à la phthisie. Mais comme cette maladie pouvait également bien leur avoir été transmise ou s'être développée accidentellement, comme je n'ai pu connaître le genre de mort des frères et sœurs de ces malades, il s'ensuit, en réalité, que je n'ai rien observé de décisif en faveur de l'hérédité de la phthisie. Je ne veux pas dire, pour cela, que l'influence de l'hérédité sur le développement de cette affection soit imaginaire; trop d'exemples paraissent justifier l'opinion dominante à cet égard. J'observerai même que la proportion des phthisiques nés de parents morts tuberculeux, est probablement au-dessous de la vérité, dans mes notes; vu qu'il n'est pas toujours possible, à beaucoup près, de savoir des malades qui sont dans les hôpitaux, l'espèce d'affection à laquelle leurs parents ont succombé. Mais, évidemment, pour mettre l'influence de l'hérédité dans tout son jour, et connaître exactement le degré de cette influence, il faudrait dresser des tableaux de mortalité au moyen desquels on pourrait comparer un égal nombre de sujets nés de parents phthisiques, et de père et de mère qui ne l'étaient pas.

M. Briquet, dans un mémoire intéressant qu'il vient de publier sur l'étiologie de la phthisie, et dans lequel il m'attribue, à propos de l'hérédité de cette affection, une opinion un peu différente de celle que j'ai publiée dans la première édition de cet ouvrage, opinion que je viens de repro-

duire; M. Briquet, pour démontrer l'influence de l'hérédité sur le développement de la phthisie, rapporte: 1° que sur soixante-sept phthisiques du sexe masculin qu'il a observés, trente-sept étaient nés de parents sains ou non tuberculeux, vingt-quatre de parents phthisiques, six de parents dont l'état de santé n'avait pu être constaté rigoureusement; 2° que sur trente-deux femmes phthisiques, quatorze étaient nées de parents non tuberculeux, douze de parents phthisiques, cinq de père et mère dont la santé n'avait pu être appréciée d'une manière rigoureuse (1).

Mais, comme l'a fait remarquer tout récemment un des rédacteurs des *Archives de médecine*, au sujet du Mémoire de M. Briquet, si la mortalité phthisique, à l'hôpital Necker, dont M. Briquet est médecin, a été, dans l'espace de trois années, de 11/37, ou un peu moins du tiers; et si ce rapport était l'expression de la loi générale de cette mortalité; il signifierait que les 11/37 de la population de Paris meurent phthisiques, et que par conséquent, toutes les fois qu'on voudra étudier l'hérédité dans une maladie, on devra trouver des parents tuberculeux onze fois sur trente-sept: en sorte que si cette même proportion persistait pour *les parents des tuberculeux*, c'est que l'influence de l'hérédité serait nulle (2). Evidemment ainsi, d'après cela, les faits recueillis par M. Briquet ne prouvent pas tout ce qu'ils paraissent prouver au premier abord.

J'ai d'ailleurs beaucoup de peine à croire que la bonne foi et la sagacité de l'auteur n'aient pas été trompées dans cette circonstance. Il résulte, en effet, de l'analyse donnée par M. Briquet, des observations qu'il a recueillies, que presque tous les malades qu'il a interrogés ont pu lui donner des renseignements exacts sur la santé de leurs parents, sur la maladie à laquelle leurs père et mère avaient succombé, quand ils les avaient perdus avant leur admission à l'hôpital.

(1) *Recherches statistiques sur l'hérédité de la phthisie.* (*Revue médicale*, février 1842.)

(2) *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XV, page [illegible].

Sur 109 malades, 98 étaient dans ce cas; et si l'on retranche de ces malades 3 enfants trouvés, il s'ensuivra que sur 106 malades, 98, ou la totalité moins 8, moins 1/13, ont pu donner des renseignements dignes de confiance, sur la santé de leurs père et mère. Voilà ce qu'il m'est difficile d'admettre, je le dis franchement, parce qu'il ne m'est jamais arrivé, quelque attention que j'aie mise dans l'interrogatoire des malades qui viennent dans les hôpitaux, d'en rencontrer un si grand nombre sachant bien ce qui était arrivé à leurs parents. L'année dernière encore, voulant recueillir des données nouvelles sur l'hérédité de la phthisie, j'ai interrogé à cet effet, avec un soin extrême en quelque sorte, 104 malades; et sur ce nombre, 55 seulement ont pu me donner des renseignements dignes de foi sur la santé de leurs parents. Je n'ai pas, il est vrai, considéré comme suffisant, pour établir le caractère et le nom d'une maladie, un renseignement qui consistait à dire, de la part des malades, que leur père ou leur mère avaient succombé à telle ou telle maladie. Pour que l'existence de cette affection me parût démontrée, il fallait que les malades pussent m'indiquer nettement les quelques symptômes dont la connaissance, jointe à celle de la durée de la maladie, ne peut laisser de doute sur son caractère, sur sa place dans le cadre nosologique. En procédant de cette manière, j'ai trouvé, sur 31 phthisiques qui faisaient partie des 104 malades interrogés, que 3 d'entre eux étaient nés de parents évidemment phthisiques; 12 de parents non phthisiques, les uns morts, les autres encore vivants; 16 de parents dont la maladie n'avait pu être déterminée avec assez de précision pour s'en faire une idée nette. Très probablement M. Briquet aura cru pouvoir exiger des malades un peu moins de renseignements; il lui aura peut-être suffi de savoir qu'un individu avait été longtemps malade et avait beaucoup maigri, pour le considérer comme phthisique; il se sera peut-être contenté quelquefois du nom de la maladie; et l'on conçoit qu'avec une égale

bonne foi et une divergence aussi marquée dans la manière de constater les faits, deux médecins doivent arriver à des résultats très différents.

Le lecteur me pardonnera sans doute cette digression, à laquelle je ne me suis livré que par nécessité, pour montrer combien les questions les plus faciles à étudier, en apparence, offrent de difficultés réelles; combien l'observation est véritablement difficile, exige de temps et de soins pour conduire, après une analyse rigoureuse, à des résultats positifs.

On sait d'ailleurs combien de questions secondaires comporte l'hérédité de la phthisie. L'hérédité s'applique-t-elle plus particulièrement à cette affection qu'aux autres maladies chroniques? L'affection tuberculeuse se transmet-elle plus facilement par le père que par la mère? etc., etc.: questions de beaucoup d'intérêt, agitées par M. Briquet, et dont le lecteur pourra prendre connaissance dans son Mémoire.

§ 7. *Les irrégularités de la menstruation*, qui jettent l'organisme dans un état de trouble et de faiblesse; *la respiration d'un air vicié; l'habitation d'un lieu étroit, où la lumière ne pénètre que difficilement, où l'air n'est qu'incomplétement renouvelé; la vie recluse, la privation du sommeil ou une vie agitée, les passions tristes, l'abus des boissons fermentées, surtout les mauvaises digestions, les aliments de mauvaise qualité*, etc., etc.; toutes ces circonstances, qui sont autant de fautes contre les lois de l'hygiène, sont considérées par les auteurs comme des causes prédisposantes à la phthisie.

Personne ne nie assurément que l'oubli plus ou moins complet de toutes les règles de l'hygiène n'amène ou ne puisse amener plus ou moins rapidement une perturbation profonde dans l'économie, ne prédispose à un grand nombre d'affections aiguës ou chroniques, à la phthisie comme à beaucoup d'autres. On n'a pas besoin de beaucoup d'efforts de raison pour admettre une semblable pro-

position ; aussi la question qui doit nous préoccuper n'est pas là. Cette question est de savoir si l'oubli des lois de l'hygiène, et en particulier la mauvaise alimentation, sur laquelle se sont arrêtés, avec beaucoup de raison sans doute, les docteurs Clark et Todd, prédispose davantage à la phthisie qu'à toute autre affection chronique. Eh bien! les hommes habiles qui ont traité ce sujet ne me semblent pas avoir atteint le but qu'ils se sont proposé. Il ne suffit pas en effet, pour prouver l'influence de la mauvaise alimentation et de l'oubli des autres lois de l'hygiène sur le développement de la phthisie, d'exposer quelques cas ou même un grand nombre de cas de phthisie développée dans les plus mauvaises conditions hygiéniques; car il pourrait n'y avoir ici qu'une simple coïncidence, qui se retrouverait pour toutes les maladies. Il ne suffirait pas même, pour atteindre ce but, de montrer que le développement de la phthisie est favorisé par la misère, ce que M. Lombard me paraît avoir bien démontré pour le canton de Genève. Il faut, pour connaître l'influence *spéciale* de la misère et des autres circonstances qui nous occupent, sur le développement de la phthisie, comparer les affections chroniques entre elles, et rechercher, toutes choses égales d'ailleurs sous le rapport de la constitution primitive, de la force, de la faiblesse, de l'âge, du sexe, etc., etc., si l'une de ces affections se développe plus fréquemment au milieu de l'oubli des lois de l'hygiène que dans les circonstances opposées. Jusque là, évidemment, jusqu'à ce qu'on ait recueilli des faits nombreux comprenant toutes les circonstances qui précèdent le développement des maladies chroniques et peuvent y prédisposer; jusque là on n'aura émis que des assertions sans preuve; assertions dont le moindre mal n'est pas d'habituer le médecin à se contenter d'à-peu-près, et à admettre sans difficulté des propositions qui n'ont en leur faveur qu'un peu plus ou un peu moins de vraisemblance. Pour arriver à la connaissance réelle et non illusoire

des causes éloignées de la phthisie, et en particulier de celles dont il s'agit, il faut, de toute nécessité, savoir si les mêmes influences n'amèneraient pas le développement de toute autre maladie également chronique.

Plus d'un médecin, sans doute, s'est fait les mêmes réflexions, et néanmoins je n'ai pas cru devoir les supprimer, parce que les causes des maladies sont trop généralement étudiées avec une grande légèreté, même par les hommes habiles; en sorte qu'on dirait, à la manière dont un sujet si difficile est traité le plus ordinairement, qu'il suffit de quelques connaissances générales et d'un peu plus ou moins de bon sens, pour arriver à la connaissance des causes des maladies, même des maladies chroniques; c'est-à-dire pour résoudre le problème le plus compliqué de la pathologie.

Bien qu'il soit impossible de ne pas admettre, *à priori*, l'influence fâcheuse d'une mauvaise alimentation sur le développement des maladies chroniques et de la phthisie en particulier, j'ai voulu savoir, et il est à désirer que des faits plus nombreux soient examinés sous ce rapport, si cette influence était manifeste sur la marche de l'affection, sur la rapidité plus ou moins grande de son développement; et je n'ai pas été peu surpris du résultat auquel je suis arrivé. Sur trente malades étudiés avec soin sous le rapport de l'alimentation, douze avaient été mal nourris dans leur enfance, avaient souvent manqué du nécessaire dans la suite, et chez eux la phthisie s'était développée de quinze à cinquante ans, terme moyen à trente-et-un ans; de manière que huit des malades avaient moins de trente ans au début de l'affection. Dix huit, au contraire, avaient toujours été bien nourris dès l'enfance, n'avaient éprouvé aucune privation, et, chez eux, la phthisie avait débuté à trente ans et dix mois terme moyen; chiffre presque identiquement le même que celui que j'ai indiqué pour les malades qui avaient toujours vécu dans la misère. Sur ces dix-huit malades, onze n'avaient pas l'âge moyen quand les premiers symptômes de la

phthisie se déclaraient : c'est-à-dire qu'envisagées sous le point de vue qui nous occupe, ces deux séries de sujets n'offraient pas de différence appréciable, et que si des faits plus nombreux et bien observés conduisaient toujours au même résultat, l'influence de la misère sur le développement de la phthisie serait au moins problématique : car on concevrait difficilement qu'une influence qui agit dès l'enfance, n'accélérât pas le développement d'une maladie qu'elle multiplie, qu'elle rend plus fréquente.

Des circonstances favorables auraient-elles contre-balancé l'effet de la mauvaise alimentation, chez les sujets dont il vient d'être question? Cela n'est pas impossible, sans doute; mais pour examiner les faits sous ce point de vue et arriver à des résultats de quelque valeur, il faudrait multiplier les observations, étudier l'influence de la force ou de la faiblesse de la constitution, celle des professions, etc. : travail immense, et qui, comme nous le verrons tout-à-l'heure, n'est malheureusement pas très avancé.

§8. *Professions*. — L'influence des professions sur le développement de la phthisie est assurément un des problèmes les plus compliqués, les plus difficiles qu'on puisse se proposer ; et, dans l'état actuel des choses, avec les matériaux que nous possédons, ce problème ne me paraît pas susceptible de solution. Certes, les recherches de M. Benoiston de Châteauneuf et celles que M. Lombard de Genève a publiées après lui (1), offrent beaucoup d'intérêt ; et ceux qui, à l'avenir, étudieront le même sujet, devront nécessairement les consulter : mais ces savants n'avaient pas toutes les données du problème dont ils recherchaient la solution, et les résultats auxquels ils sont arrivés ne peuvent être considérés, par cela même, que comme provisoires. Il faut, en effet, pour apprécier l'influence des professions sur le développement de la phthisie, tenir compte d'une foule de circonstances, sans lesquelles l'analyse la plus exacte ne pourrait conduire qu'à des propositions er-

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. XI, pag. 5 et suiv.

tonées. L'ouvrier ne vit pas seulement dans une atmosphère sèche ou humide, froide ou chaude; il ne respire pas seulement des vapeurs inoffensives ou malfaisantes; il n'exerce pas seulement une profession sédentaire ou active, etc., etc.: sa profession exige encore un grand déploiement de force, une constitution vigoureuse; ou bien elle ne réunit guère que des hommes faibles qui lui suffisent; le salaire plus ou moins considérable de l'ouvrier lui permet ou lui refuse une bonne nourriture, un logement sain, etc., etc. Toutes ces circonstances, et bien d'autres dont on ignore la valeur par rapport au sujet qui nous occupe, bien qu'elles soient peut-être d'une grande importance, ces circonstances n'ont pas été et ne pouvaient pas être appréciées par les auteurs que je citais tout-à-l'heure; et, par cette raison, le résultat de leurs travaux ne peut être considéré, ainsi que je l'ai dit, que comme provisoire.

Un autre fait à signaler dans l'important Mémoire de M. Lombard, c'est qu'il a souvent réuni, par des liens purement artificiels, des faits que les plus nombreuses dissemblances auraient dû éloigner. Ainsi, dans les professions actives, il a placé l'agent de change entre le palefrenier et le marchand de vins; dans les professions qui exercent les organes vocaux, il a rapproché l'avocat de l'officier; dans les professions qui nécessitent une position courbée, le cordonnier, le tailleur et l'horloger sont sur la même ligne, etc. Évidemment de pareils rapprochements ne sont pas naturels, ils ne sauraient être admis; et M. Lombard ne les a probablement faits que parce que les nombres sur lesquels il opérait, quoique considérables par leur réunion, étaient trop faibles pour chaque profession considérée isolément. Mais ils ont eu de toute nécessité quelque influence sur les résultats auxquels l'auteur est arrivé; nouvelle raison de ne considérer ces résultats que comme provisoires et non comme définitivement acquis à la science. Accumulons donc les matériaux, à l'exemple de l'état civil de Genève.

§ 9. *Influence des vêtements.* — L'influence des vêtements et en particulier celle des corsets, sur la phthisie, n'est peut-être qu'une assertion sans preuves. Plusieurs des femmes soumises à mon observation avaient, à la vérité, la respiration gênée longtemps avant d'être phthisiques : mais le nombre d'hommes qui se trouvaient dans le même cas n'était pas moins considérable ; en sorte que quand on admettrait une liaison entre cet état et le développement de la phthisie, on ne serait pas autorisé, dans le cas où des femmes atteintes de phthisie auraient porté des corsets dès leur plus tendre jeunesse, à la leur attribuer. D'ailleurs, la plupart de celles que j'ai observées avaient été élevées à la campagne, s'étaient livrées aux travaux champêtres, et n'avaient porté de corsets qu'après leur arrivée à Paris, quand déjà elles avaient pris tout leur développement ; c'est-à-dire à une époque où l'influence des corsets sur les dimensions de la poitrine ne doit pas être très considérable. En supposant néanmoins que cette influence soit réelle, on sent combien il serait difficile d'en donner la preuve, puisqu'il faudrait pour cela comparer entre elles un grand nombre de femmes de même condition, dont les unes auraient mis des corsets de très bonne heure, les autres à la fin de l'accroissement, et voir si la proportion des phthisiques est plus considérable dans un des cas que dans l'autre. L'influence des corsets sur la phthisie, et en général celle des choses qui nuisent au développement du corps, est d'autant plus douteuse, que l'affection tuberculeuse se trouve à peu près également fréquente chez les sujets d'une constitution forte et chez ceux qui ont une constitution faible, qu'elle est plus fréquente chez le sexe féminin que chez le sexe masculin, à tous les âges de la vie, avant comme après quinze ans, avant comme après l'usage des corsets. N'affirmons rien sans preuves positives, et surtout défions-nous de l'analogie.

§ 10. *Climat, température.* — Le climat et surtout la température ont été regardés, jusque dans ces derniers

temps, comme les circonstances les plus capables de provoquer le développement des tubercules ou d'y mettre obstacle; de telle sorte que les pays chauds, ceux dont la température est généralement élevée, et qui forment le midi de l'Europe, étaient généralement considérés comme exempts de phthisiques. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et les médecins modernes ont montré, dans leurs statistiques, que la phthisie est de tous les pays, des plus froids comme des plus chauds. Les tableaux de M. le docteur Journée ne laissent aucun doute à cet égard pour les plus grandes villes d'Italie (1), et ils apprennent, en outre, que les tubercules sont ou paraissent être aussi fréquents dans ces grands centres de population, qu'au cœur de la France, à Paris par exemple. Aujourd'hui tout ou presque tout le monde médical est d'accord sur ce point.

Toutefois, obligés de reconnaître l'existence de faits si bien établis, beaucoup de médecins pensent que si l'élévation ou l'abaissement de la température ne suffisent pas pour préserver des tubercules ou en provoquer le développement, les brusques variations de l'atmosphère peuvent produire ce dernier effet; tandis que l'uniformité presque constante de température, ou l'absence des brusques variations de chaud et de froid, doivent mettre plus ou moins complétement à l'abri des tubercules. Malheureusement encore, cette manière de voir n'est, suivant toutes les apparences, qu'une nouvelle illusion; au moins est-ce plus que probable, si l'on consulte les tableaux statistiques dressés par ordre du gouvernement anglais, relativement à la santé des troupes qui occupent les possessions de l'Angleterre, dans les différents points du globe (2).

Dans toutes ces possessions, en effet, les maladies de

(1) *Bulletin de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1839, T. III, pag. 51.

(2) Rapports statistiques sur les maladies de l'armée anglaise, dans les Antilles, etc., etc., avec une préface du capitaine Al. Tulloch.

poitrine, aigues ou chroniques, sont très fréquentes, bien qu'à des degrés un peu différens. Si elles sont communes au Canada et dans la Nouvelle-Ecosse, elles le sont aussi dans la Méditerranée, à Gibraltar, à Malte, dans les îles Ioniennes, aux Antilles, aux îles Bermudes et à la Jamaïque, dont la température et les variations de température offrent tant de différences. Ainsi, sur 61,066 soldats observés au Canada dans l'espace de vingt ans, 402 étaient phthisiques, ou 6,5 par mille, annuellement. La proportion a été la même pour Gibraltar, sur une pareille masse de soldats observés pendant l'espace de dix-neuf ans; et sur 11,721 observés aux îles Bermudes pendant vingt ans, 103 étaient phthisiques, ou 8,8 par mille : et cependant le climat des Bermudes est doux et *égal*, tandis que celui du Canada est extrêmement froid et exposé à de grandes et subites variations de température.

Ce qui est vrai pour Gibraltar et les Bermudes, l'est encore pour Malte, où le thermomètre n'offre que des variations peu considérables, où la température est élevée, le soldat bien nourri et peu fatigué. A Malte, en effet, la proportion des phthisiques dans l'année, est de 6 1/10 annuellement, par mille soldats; tandis qu'elle est de 6 4/10 en Angleterre, parmi les dragons. La proportion des phthisiques est un peu moindre à Malte parmi les bourgeois, où on l'estime à 5 1/8 : et cette différence est loin d'être favorable à la croyance commune, que le passage d'un climat froid dans un pays chaud, peut retarder ou enrayer la marche des tubercules.

Dans les îles Ioniennes où les variations atmosphériques sont grandes et subites, où la chaleur et le froid sont extrêmes, la mortalité phthisique parmi les soldats anglais n'est pas plus grande qu'à Malte. Elle est beaucoup plus considérable à la Jamaïque (13 par mille annuellement), où le thermomètre offre de grandes et subites variations. A quoi rapporter ces différences de proportion dans des pays qui se

ressemblent autant par la température et les brusques variations atmosphériques?

Il est d'ailleurs bien remarquable que, dans ces mêmes colonies anglaises, la proportion des affections aiguës de poitrine ne varie pas comme la température, n'est pas d'autant plus considérable (bien loin de là) que la température est plus basse, et les variations du thermomètre, dans un même jour, plus considérables : en sorte que l'auteur de l'ouvrage dont j'ai extrait les faits qui précèdent a pu faire le tableau suivant :

COLONIES.	TOTAL des [illegible]	TOTAL des [illegible]	PROPORTION annuelle [illegible]
Gibraltar.	60,269	7,542	12
Malte.	40,826	1,291	26
Iles Ioniennes . .	70,293	7,272	32
Iles Bermudes	11,721	441	37
Brunswick. . . .	46,121	1,577	35

Sans doute on peut, jusqu'à un certain point, contester l'exactitude des faits sur lesquels repose la statistique dont nous nous occupons; mais les erreurs de diagnostic, que j'admets sans peine, n'ont pas eu lieu pour une seule des colonies anglaises; elles ont dû se répéter pour toutes, dans une proportion à peu près égale, et, dès lors, les résultats sont comparables : de manière qu'il est démontré aujourd'hui que la manière ordinaire de voir, au sujet de l'influence des climats sur le développement de la phthisie, est, sinon complétement erronée, au moins très hasardée, et qu'elle ne repose sur rien, ou seulement sur des faits mal interprétés ou trop peu nombreux (1).

(1) Cette conclusion ne me semble pas infirmée par quelques faits qui m'ont été communiqués, tout récemment, par le professeur Martinez del Rio, de Mexico, dont les lumières et la probité scientifique me sont également bien connues depuis longtemps. Mexico est au milieu d'une vallée élevée de 7,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, près d'un lac dont les bords sont marécageux. Le sol de la ville même est très humide; en sorte qu'il suf-

Les faits que je viens d'exposer sont d'ailleurs en parfaite harmonie avec ceux qu'a recueillis M. le docteur Rufz à la Martinique. Ce médecin, qu'on peut offrir en exemple à tous ceux qui voudraient faire servir la pratique particulière de la médecine à l'avancement de la science, rapporte, dans un travail déjà cité (1), que sur 1954 malades traités par lui, de 1836 à 1839, 123, ou à peu près 13 pour cent, étaient phthisiques, ou 11 pour cent, abstraction faite de quelques personnes, établies à Saint-Pierre. Mais parmi ces malades on compte très peu d'enfants, contrairement à ce qui se passe ailleurs, dit M. Rufz; en sorte qu'il n'a vu, sur le nombre de malades indiqué, que deux enfants.

fit de creuser à deux ou trois pieds, pour trouver l'eau. L'air y est très rare, l'évaporation très rapide, et cela, joint à la haute température, explique la sécheresse de l'atmosphère. La température de Mexico est toujours douce, bien que les saisons y soient bien marquées. L'hiver n'y dure guère que deux mois (décembre et janvier), et alors le froid est si léger, que le soleil suffit pour chauffer les habitations et dispenser des cheminées, dont l'usage n'est pas encore établi à Mexico. D'un autre côté, bien que cette ville soit au 19e degré de latitude nord, on n'y éprouve pas de grandes chaleurs; ce qui s'explique à la fois par sa grande élévation et par la coïncidence de l'été avec les pluies périodiques; en sorte que de la mi-juin à la mi-septembre, il pleut tous les jours à verse à Mexico, de trois à sept heures du soir, rarement plus tard. Mexico est donc une ville dont le climat est également doux et à l'abri des grandes vicissitudes atmosphériques. — Les médecins de cette capitale pensent que la phthisie y est rare, excepté chez les militaires; M. Martinez est lui-même de cet avis. Cependant les faits qu'il m'a communiqués, et qui sont en beaucoup trop petit nombre pour décider la question, ne me paraissent pas entièrement favorables à sa manière de voir. Sur quarante autopsies que M. Martinez a pratiquées à Mexico, deux sont relatives à des personnes qui ont succombé à la phthisie; trois à des sujets emportés par une autre maladie, mais ayant des tubercules dans les poumons; trois autres sont relatives à des individus âgés, qui offraient au sommet des mêmes organes cinq ou six tubercules indurés : c'est-à-dire que sur quarante sujets ouverts par le même médecin, huit, ou 1/5, avaient un plus ou moins grand nombre de tubercules dans les poumons. Il importe d'autant plus de ne pas conclure, de ce petit nombre de faits, que la phthisie est rare à Mexico, qu'elle paraît y être commune, au dire des médecins de cette ville, chez les militaires; et que d'après ce qui a été dit au sujet de Malte, la proportion de la phthisie ne diffère pas beaucoup chez les militaires et chez les habitants de l'île.

(1) Étude de la Phthisie à la Martinique. (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1843, t. x, pag. 223).

ART. II. — Causes excitantes.

§ 1. *Influence de la péripneumonie et de la pleurésie.* — C'est une opinion déjà ancienne, et aujourd'hui encore assez générale, que la phthisie reconnaît pour causes les diverses inflammations pulmonaires; or, voici ce que j'ai observé relativement à la pneumonie, dans une division également partagée, comme je l'ai déjà dit, entre les hommes et les femmes.

De quatre-vingts phthisiques dont j'ai recherché avec soin les maladies antérieures au début de l'affection tuberculeuse, trois avaient eu, quatre années avant de mourir, une péripneumonie; et, dès lors, la toux et les crachats n'avaient pas discontinué: quatre avaient eu la même maladie, trois, six et quinze années avant l'apparition des premiers symptômes de la phthisie, sans avoir été plus sujets au rhume dans ce laps de temps qu'à une époque antérieure, et sans avoir eu de dyspnée: tous étaient d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique; c'est-à-dire qu'ils réunissaient deux des principales circonstances que les médecins regardent comme des prédispositions à la phthisie. Ces observations se détruisent en quelque sorte mutuellement, sous le point de vue qui nous occupe; et si l'on pouvait en déduire une conséquence, ce serait que la péripneumonie est sans influence sur le développement de la phthisie.

Sans doute on dira que cette conclusion est démentie par une foule de faits, et en particulier par les observations de Broussais. Sans contester l'exactitude de ces observations, il me semble qu'elles ne disent pas tout ce qu'on leur fait dire. La pleurésie et la péripneumonie aiguë ou chronique sont très fréquentes aux armées; Broussais, qui avait ouvert un grand nombre de sujets morts de l'une ou de l'autre maladie, ayant trouvé chez plusieurs d'entre eux des tubercules dans les poumons, a cru en découvrir la cause

dans la péripneumonie et dans la pleurésie. Mais pour que cette conclusion fût rigoureuse, il aurait fallu dresser des tableaux de mortalité, et voir si, parmi les individus morts dans les hôpitaux militaires, la proportion de ceux chez lesquels on trouvait des tubercules dans les poumons était plus grande que parmi les sujets qui meurent, *à la même époque* de la vie, dans les hôpitaux civils, au sein de la paix. Jusque là, il est bien clair que la proposition qui nous occupe est conjecturale, puisqu'au lieu d'y avoir dépendance, il pourrait bien n'exister qu'une simple coïncidence entre deux maladies d'ailleurs très différentes : et cela est d'autant plus vraisemblable que la période de la vie dans laquelle la phthisie se montre le plus ordinairement, est celle de vingt à trente ans, celle dans laquelle Broussais a si souvent observé la péripneumonie et la pleurésie.

Non seulement les observations que je viens de rappeler ne prouvent pas que la péripneumonie soit une cause de tubercules, mais l'histoire de cette phlegmasie me semble prouver tout le contraire. En effet (Bayle), elle se développe le plus ordinairement de la base au sommet des poumons, et les tubercules pulmonaires se développent presque constamment d'une manière inverse; la péripneumonie occupe rarement les deux côtés de la poitrine, la phthisie existe presque toujours dans les deux poumons; la phthisie est moins fréquente chez l'homme que chez la femme, c'est l'inverse pour la péripneumonie. Sur soixante-quinze malades atteints de cette dernière affection, et dont j'ai recueilli l'histoire, vingt-trois seulement étaient du sexe féminin; dix-huit ont succombé, quinze parmi les hommes et trois parmi les femmes.

Ces faits sont, comme on voit, bien opposés à la doctrine de l'irritation. Je ne prétends pas néanmoins que la péripneumonie ne *puisse* avoir aucune influence sur le développement des tubercules pulmonaires, car qui peut assigner les bornes du possible? mais cette influence me paraît

encore très conjecturale, et je ne crois possible de la démontrer, si elle existe, qu'au moyen des tableaux de mortalité dont je parlais tout-à-l'heure, et dans lesquels on comparerait les maladies d'individus morts dans des circonstances différentes et bien déterminées. Toutefois, en supposant, dès à présent, cette influence aussi positive qu'elle est douteuse, on ne saurait la croire bien considérable, puisque sur un assez grand nombre de faits recueillis avec soin, je n'en ai point trouvé en sa faveur.

Les mêmes réflexions s'appliquent, en grande partie du moins, à la *pleurésie*. Je l'ai observée plus souvent chez l'homme que chez la femme, quoique dans une proportion moindre que la pneumonie; elle n'occupe que l'un des côtés de la poitrine, tandis qu'il est très rare de ne trouver de tubercules pulmonaires que d'un côté. J'ajoute qu'ayant fixé mon attention d'une manière spéciale sur ce point, depuis la première édition de cet ouvrage, j'ai toujours vu la pleurésie qui attaquait des sujets actuellement bien portants, ou qui n'avaient aucun symptôme d'une maladie quelconque au moment où ils étaient atteints de cette phlegmasie, je l'ai toujours vue guérir; ne laissant après elle aucune trace de maladie, ni toux ni amaigrissement, rien, en un mot, qui pût faire soupçonner une affection tuberculeuse, même latente, du poumon; et depuis quinze ans j'ai observé près de deux cents cas de phthisie simple. Aussi le point important, pour la justesse du pronostic à porter sur la pleurésie comme sur celui de beaucoup d'autres affections, c'est de rechercher avec soin l'état des poumons et des autres viscères au moment où cette affection se déclare : s'ils sont sains, si le sujet n'est atteint d'aucune autre affection, le pronostic devra être heureux.

Résulte-t-il de là que la pleurésie ne puisse avoir aucune action, soit prochaine, soit éloignée, sur la production des tubercules; qu'elle ne puisse, dans aucun cas, en favoriser le développement ? On verra bientôt que les faits

ne permettent pas d'aller si loin ; mais ce qui est évident, d'après ceux qui viennent d'être rapportés, c'est que si l'influence dont il s'agit s'exerce, ce ne peut être que très rarement et dans des cas tout-à-fait exceptionnels. On conçoit, d'ailleurs, d'autant mieux l'erreur qui a régné jusqu'ici, qu'il n'est possible de l'éviter qu'avec une grande attention, puisqu'un des premiers effets des tubercules est une pleurésie ordinairement sèche, quelquefois avec épanchement, et qu'il est presque inévitable, quand les tubercules n'ont été reconnus que plus tard, qu'on les attribue à la pleurésie ; tandis que bien réellement la pleurésie en dépend.

Ce que j'observais, lors de la première édition de ces recherches, par rapport à la pneumonie, je l'ai observé depuis ; mes premières recherches ont été confirmées par des recherches ultérieures, et, dans ces derniers temps, les faits rapportés par M. Grisolle, dans son beau travail sur la pneumonie, ont dû dissiper les doutes qui pouvaient encore exister sur ce point (1).

« Pour connaître exactement, dit ce médecin, les rapports qui pouvaient exister entre la pneumonie et les tubercules pulmonaires, j'ai interrogé 72 phthisiques sur les maladies qu'ils avaient éprouvées avant leur entrée à l'hôpital : or, sur 72 malades, 2 avaient eu une pneumonie plus ou moins grave et bien caractérisée, trois ou quatre ans avant les premiers symptômes de la phthisie, et leur rétablissement avait été complet : 2 autres malades avaient eu une pneumonie, dix-huit mois ou deux ans auparavant ; et c'est à dater de cette époque qu'ils ont commencé à éprouver de la dyspnée, de la toux et un peu d'amaigrissement. Ces résultats diffèrent peu de ceux que M. Louis a obtenus, puisque sur 80 phthisiques qu'il a interrogés, il n'en a trouvé que trois qui eussent éprouvé, quatre ans avant de mourir, une

(1) *Traité pratique de la Pneumonie aux différens âges*, Paris, 1841, in-8, pag. 561.

pneumonie; chez eux ce fut à dater de cette époque qu'on vit commencer la toux et les crachats, qui n'avaient pas cessé depuis lors.

« Ainsi les faits qui précèdent, continue M. G., démontrent que des symptômes de phthisie peuvent survenir quelquefois consécutivement à une pneumonie aiguë; mais est-on en droit d'en conclure qu'il existe un rapport bien évident, bien démontré de cause à effet entre ces deux affections? Je ne le pense pas. Je crois avec Laënnec que dans la grande majorité des cas, l'affection tuberculeuse est antérieure à la pneumonie, et que les tubercules agissant comme corps irritants, sont la cause occasionnelle de la maladie. D'ailleurs, l'anatomie pathologique le prouve: car chez la plupart des individus qui, succombant à une pneumonie, portent en même temps des tubercules, ceux-ci ont généralement un volume assez considérable, sont plus ou moins ramollis, et leur aspect seul démontre qu'ils n'ont pu être produits en quelques jours. Cependant, je me hâte de dire que je ne nie nullement qu'une éruption de tubercules ne puisse avoir lieu à l'occasion ou dans la convalescence d'une pneumonie. Ainsi, M. Andral a vu quelquefois plusieurs petits tubercules miliaires être disséminés dans tout un poumon hépatisé; le même médecin a également observé plusieurs fois, soit sur l'homme, soit sur les chevaux, que les pneumonies lobulaires s'accompagnaient de la formation de tubercules miliaires, tandis que ces productions n'existaient pas dans les portions du poumon restées saines. Mais que doit-on raisonnablement conclure de ces faits, si ce n'est que si ces individus n'avaient pas déjà des tubercules dans les poumons, ils en portaient au moins le germe? Et l'on conçoit que le travail inflammatoire dont le poumon a été le siége ait pu modifier assez la nutrition de l'organe pour provoquer l'apparition des tubercules auxquels l'individu était déjà prédisposé. »

Je conclus de ce qui précède, dit M. G., 1° que la phthisie

pulmonaire ne succède immédiatement à une pneumonie que dans des cas fort rares (moins d'un trentième); 2° que même alors il n'est pas démontré que la phthisie soit une conséquence de la pneumonie; tout fait présumer au contraire que les tubercules ont été antérieurs à l'inflammation pulmonaire, et en ont peut-être provoqué l'apparition; 3° enfin, que dans les cas infiniment rares (puisque, pour ma part, je n'en ai jamais observé) où des tubercules miliaires ont paru se développer dans des poumons hépatisés, la pneumonie a agi alors comme cause occasionnelle, et nullement comme cause prochaine. Je regarde, en outre, comme une circonstance très rare, que la pneumonie provoque une éruption de tubercules chez des sujets simplement prédisposés. Ainsi, parmi les trois cent cinq malades atteints de pneumonie dont j'ai analysé les observations pour ce travail, vingt-deux présentaient cet ensemble de la constitution qu'on regarde généralement comme une prédisposition à la phthisie; en outre, plus de la moitié d'entre eux comptaient parmi leurs parents les plus proches une ou plusieurs personnes qui avaient succombé à la consomption pulmonaire; et cependant tous ces individus, sans aucune exception, ont guéri; leur rétablissement était complet à l'époque où ils quittèrent l'hôpital; et ces pneumonies n'ont différé ni par leur cause, ni par leurs symptômes ou leur marche, des pneumonies ordinaires survenues chez des sujets non prédisposés à l'affection tuberculeuse.

§ 2. *Catarrhe pulmonaire.* — L'influence du catarrhe pulmonaire sur le développement des tubercules ne me semble pas mieux démontrée que celle de la péripneumonie. Des 80 malades qui avaient pu me rendre compte des affections qu'ils avaient éprouvées antérieurement au début de la phthisie, 23 seulement étaient fort sujets au catarrhe pulmonaire, 52, ou les deux tiers environ, en étaient rarement atteints. Que conclure de là, sinon que la phthisie se développe indifféremment chez les personnes sujettes

au catarrhe pulmonaire et chez celles qui n'y sont pas exposées; que par conséquent on ne saurait la considérer comme une des suites de cette dernière maladie; qu'il n'y a pas de relation évidente entre elles?

On arrive encore à la même conclusion par un nouvel ordre de faits. Les femmes, qui, d'après mes observations, semblent plus exposées à la phthisie que les hommes, sont moins sujettes au catarrhe pulmonaire, du moins à celui qui est assez fort pour exiger quelques soins; en sorte que sur 149 cas de cette affection recueillis par moi avant 1825, 52 seulement, ou le tiers environ, appartenaient aux femmes.

Ainsi, soit que l'on étudie l'inflammation du parenchyme pulmonaire, ou celle de la membrane muqueuse des bronches, relativement à la phthisie, on arrive au même résultat : *le sexe qui semble le plus exposé à la phthisie est le moins sujet à l'une ou à l'autre de ces phlegmasies, et cela dans la proportion d'un à trois.*

Pour considérer désormais les tubercules pulmonaires comme le résultat de l'inflammation chronique des bronches, du parenchyme pulmonaire ou des plèvres, les considérations de toute espèce sont insuffisantes; la proposition qui précède ne peut être détruite que par une série d'observations plus nombreuses que celles que j'ai recueillies, et qui prouve que le hasard avait amené les faits dans la proportion indiquée.

Que si, contre toute vraisemblance, on trouvait la différence de proportion des phthisiques dans l'un et l'autre sexe trop peu considérable pour en tenir compte, mes remarques n'en subsisteraient pas moins, puisqu'il n'y aurait toujours aucun rapport entre la fréquence de la phthisie et celle du catarrhe pulmonaire ou de la péripneumonie, chez l'homme et chez la femme.

Mais quand bien même on serait parvenu à démontrer, par une suite de faits bien observés, que ces deux affections

exercent une influence directe sur le développement de la phthisie, on n'aurait pas encore prouvé qu'elles en sont la cause nécessaire, que sans l'une ou l'autre d'entre elles, la phthisie ne saurait avoir lieu; et mes observations de phthisie aiguë me semblent prouver directement le contraire. La première est relative à une jeune personne qui n'était pas sujette au rhume (Obs. 37), n'avait jamais eu de péripneumonie, était parfaitement bien portante au moment où elle fut prise d'une fièvre assez forte, bientôt suivie de toux et de crachats : elle mourut au trente-cinquième jour de sa maladie, au vingt-cinquième de la toux; et, à l'ouverture du cadavre, on trouva une grande masse de matière tuberculeuse à la base de l'un des poumons, ramollie, vidée en partie, des granulations grises, etc., etc. Ici, évidemment, les granulations, la matière tuberculeuse, n'étaient pas l'effet d'une inflammation des bronches : pour le soutenir, il faudrait avoir prouvé qu'une bronchite d'un jour peut donner lieu à la formation d'un plus ou moins grand nombre de tubercules, etc. Mais je respecte trop le lecteur pour lui prêter cette manière de voir, ou faire d'autres suppositions également invraisemblables; et je considère comme aussi bien démontré que chose puisse l'être, que dans le cas dont il s'agit, le développement de la phthisie était indépendant de toute espèce d'inflammation.

Les autres observations de phthisie aiguë parlent tout aussi clairement; je citerai en particulier la 38e, qui a pour objet un homme habituellement bien portant, pris tout-à-coup, sans cause connue, au milieu d'un état de santé très satisfaisant, de fièvre, puis de toux, et qui mourut au trentième jour de sa maladie. Ses poumons étaient remplis d'une immense quantité de granulations grises demi-transparentes, et la membrane muqueuse des bronches était *parfaitement saine*, sauf une légère couleur violacée, qu'on ne pouvait attribuer qu'à la stase du sang dans les derniers moments de la vie, et qu'on observe fréquemment

dans beaucoup de cas de mort subite. Je rappellerai encore la 50ᵉ observation, relative à un jeune homme de dix-neuf ans, très bien portant au moment où il fut pris, sans cause connue, de toux avec fièvre, et chez lequel il y avait déjà tant de matière tuberculeuse dans les poumons, au vingtième jour de l'affection, qu'elle obscurcissait le son de la poitrine à cette époque. Je pourrais en dire autant de la 51ᵉ observation, et surtout de la 10ᵉ, dans laquelle le son de la poitrine était obscur sous la clavicule droite au dix-septième jour de la maladie, bien que dans ce dernier cas l'affection n'ait pas marché d'une manière si rapide vers le terme fatal : en sorte que, sur cent vingt-trois sujets, six, c'est-à-dire la vingtième partie, offraient la preuve directe que la phthisie peut se développer indépendamment de toute affection inflammatoire du parenchyme pulmonaire ou de la membrane muqueuse des bronches.

Ce fait résulte encore de presque toutes mes observations de phthisie latente. Les individus qui sont l'objet de trois d'entre elles (Obs. 50, 51, 52) avaient une phthisie simple ; chez eux la toux et les crachats avaient été devancés, pendant six mois ou un an, par une fièvre continue, plus ou moins exactement rémittente ; et, à raison du défaut de complications, nous avons vu que cette fièvre ne pouvait être que le résultat de l'action d'un certain nombre de tubercules, développés indépendamment d'une péripneumonie ou d'un catarrhe pulmonaire, qui n'existaient pas alors. A l'appui de cette assertion, vient encore la 5ᵉ observation, dans laquelle la toux et les crachats n'ont débuté qu'au quatrième mois d'une diarrhée intense, et n'ont précédé la mort que de six semaines. Ici, en effet, la grandeur et la structure des excavations pulmonaires montraient, à n'en pas douter, que le développement de la matière tuberculeuse était antérieur à la toux. Celle-ci en était donc le résultat et non la cause.

Ainsi, non seulement l'influence de la péripneumonie,

de la pleurésie et du catarrhe pulmonaire sur le développement de la phthisie, n'est pas démontrée, mais mes observations portent à croire que cette influence est imaginaire, ou que, si elle existe, elle se trouve resserrée dans des limites très étroites; et je viens de prouver, ce me semble, que dans la douzième partie des cas offerts à mes recherches, les tubercules pulmonaires s'étaient développés indépendamment de toute espèce d'inflammation du parenchyme pulmonaire, des plèvres ou des bronches.

Toutefois, il faut convenir qu'à raison de la lenteur de la marche de la phthisie dans la plupart des cas, de la ressemblance de ses symptômes avec ceux du catarrhe pulmonaire simple, à son début, et de l'état plus ou moins inflammatoire d'une partie des bronches, chez les phthisiques; il faut convenir qu'il n'est pas étonnant que beaucoup de médecins pensent que l'inflammation, surtout celle de la membrane muqueuse des bronches, soit la cause des tubercules : mais cette opinion, du moins pour la plus grande partie des cas, ne me semble plus pouvoir être soutenue.

Il est d'ailleurs un fait non moins certain que les précédents, qui les confirme, et qui pourrait, jusqu'à un certain point, les remplacer tous; c'est que, ainsi que je l'ai dit plus haut, *les bronches sont ordinairement saines près des tubercules crus ou des masses de matière grise demi-transparente* (Obs. 52, etc.); en sorte que la rougeur et l'épaississement de celles qui communiquent avec les cavités tuberculeuses semblent, par cela même, l'effet du passage continuel de la matière contenue dans les excavations. J'ajoute que chez les sujets qui succombent à une affection différente de la phthisie, mais avec des tubercules *crus* ou des granulations grises dans les poumons, on trouve presque toujours les bronches parfaitement saines, sous le rapport de la couleur et de l'épaisseur. Les faits de ce genre ne sont pas rares; dernièrement encore j'en ai observé plusieurs, et il suffit d'en avoir vu un seul pour être convaincu

de l'indépendance où les tubercules pulmonaires sont, dans bien des cas, de l'inflammation.

Les nouvelles recherches auxquelles je me suis livré, depuis la première édition de cet ouvrage, ont confirmé les premières, et rendu les conclusions que j'avais tirées des faits, plus sûres, plus évidentes encore. Ainsi, tous les cas de phthisie aiguë dont j'ai donné l'analyse étaient autant d'exemples de bronches parfaitement saines, même au sommet des poumons. Sur quarante-deux autopsies d'individus atteints d'emphysème vésiculaire des poumons, j'ai trouvé seulement dix cas dans lesquels il existait un petit nombre de granulations grises demi-transparentes au sommet de ces viscères; proportion moindre que celle que j'ai trouvée chez les individus qui succombent à une maladie quelconque, et qui n'ont pas éprouvé, comme les individus atteints d'emphysème vésiculaire, un catarrhe pulmonaire plus ou moins intense pendant longues années. J'ajoute que dans les dix cas dont il s'agit, les tubercules n'étaient pas plus avancés ni plus nombreux chez les sujets dont l'emphysème était le plus avancé ou le plus ancien, que dans les cas opposés; nouvelle preuve de l'indépendance où se trouvent les tubercules du catarrhe pulmonaire (1). Enfin, j'ai recueilli onze cas de dilatation des bronches, chez des sujets qui paraissaient en être atteints depuis un espace de temps qui a varié de deux à six ans, lors du terme fatal; chez huit d'entre eux la membrane muqueuse des bronches était en outre triplée, quadruplée d'épaisseur, d'un rouge intense, grenue, ou avec un aspect mamelonné; et trois seulement, sur onze sujets, étaient l'exemple d'une complication tuberculeuse peu avancée.

Un autre fait non moins important que les précédents, quoique non fourni par l'anatomie pathologique, c'est que le catarrhe pulmonaire aigu un peu intense, qui a son siége dans les dernières ramifications bronchiques, con-

(1) *Mém. de la société méd. d'obs.* 1er vol. p. 169.

mencé par la base des poumons ; que je ne connais pas une seule exception à cette règle, depuis plus de dix ans que je l'ai constatée pour la première fois.

Comment croire maintenant, malgré le témoignage de faits si nombreux, si faciles à constater, si unanimes ; comment croire que l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches soit une cause puissante ou commune de la phthisie ?

§ 3. *Une excitation inaccoutumée des poumons, non inflammatoire et de longue durée*, ne suffit pas non plus pour produire le développement des tubercules pulmonaires. Le fait suivant ne me semble pas permettre de doute à cet égard. Sur 42 sujets atteints de maladies organiques du cœur, dont j'ai recueilli l'histoire, 19 offraient une hypertrophie de l'oreillette droite, avec ou sans dilatation, 29 une lésion analogue du ventricule correspondant. Chez six de ces derniers, l'artère pulmonaire était, en outre, dilatée et hypertrophiée dans toute son étendue, dans toutes ses ramifications ; étant à la fois plus large que l'aorte et aussi épaisse qu'elle, avant sa division ; ce qui ne pouvait provenir que d'une augmentation considérable de la force avec laquelle le sang avait été projeté dans les poumons. Eh bien ! des 42 cas de maladie du cœur dont il s'agit, 2 seulement étaient l'exemple de tubercules pulmonaires peu nombreux : tandis que sur 50 cas de cancer de divers organes, aussi recueillis par moi, il y avait 11 exemples de la complication dont il s'agit.

§ 4. Faudra-t-il donc conclure de tout ceci que toute espèce d'excitation, *un mouvement fébrile de quelque violence et de quelque durée*, par exemple, soit sans influence aucune sur le développement des tubercules ? Je ne le pense pas, et en voici la raison. Sur 46 sujets emportés par l'affection typhoïde, dont j'ai recueilli l'histoire, 4 offraient quelques tubercules ou granulations grises demi-transparentes au sommet des poumons ; et ces sujets avaient

succombé de vingt-cinq à quarante-six jours après le début de la maladie. Aucun de ceux qui avaient été emportés avant cette époque ne présentait une semblable lésion ; d'où il semblerait naturel de conclure, tout étant égal, d'ailleurs, chez ces individus, à part la durée du mouvement fébrile, que celui-ci aura sans doute contribué à la production des tubercules dont il s'agit. Mais en supposant exacte cette interprétation des faits, en admettant qu'une masse plus considérable d'observations amène toujours le même résultat, on ne doit pas oublier que l'affection typhoïde est, de toutes les maladies aiguës de nos climats, celle qui s'accompagne du mouvement fébrile le plus violent, et que dans les cas dont il s'agit, ce mouvement fébrile avait été, en outre, d'assez longue durée.

J'écrivais ces lignes en 1831 (1). Depuis, j'ai eu maintes occasions d'en vérifier l'exactitude ; et en réfléchissant qu'une maladie aiguë fébrile, qui a son siége principal loin des poumons, paraît néanmoins être une cause excitante de tubercules dans certains cas, je me demande si, dans les cas fort rares où les tubercules se développent dans le cours d'une pneumonie, le mouvement fébrile qui l'accompagne n'aurait pas quelque part à ce développement. Je ne doute pas non plus, par la même raison, que des tubercules ne puissent quelquefois se développer dans le cours d'une pleurésie simple, et dans celui de toute autre maladie aiguë également simple, si elle a duré un temps assez considérable, si le mouvement fébrile qui l'accompagne a une certaine violence.

J'ajouterai à tout ceci que l'indépendance où sont les tubercules de la pneumonie et de la bronchite, n'existe pas seulement dans les climats tempérés, comme le nôtre, qu'elle paraît aussi avoir lieu dans les pays chauds, ou au moins dans un certain nombre d'entre eux, puisque sur 1654 malades traités, de 1836 à 1839, à Saint-Pierre de

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, t. 10, p. 55.

la Martinique, par M. Rufz, il n'y a eu que trois pneumonies, et un nombre de bronchites qui n'est pas dans une plus grande proportion ; tandis que sur le même nombre d'individus on comptait 123 phthisiques.

§ 5. *Hémoptysie.* — L'hémoptysie a été considérée, pendant longtemps, comme une cause excitante de la phthisie ; et, dans un ouvrage étendu, récemment publié, M. le docteur Fournet revient encore sur cette opinion, qu'il adopte. Mais on se demande vainement sur quelle base s'appuie l'auteur pour la soutenir, puisque rien n'est mieux prouvé aujourd'hui, pour tous les médecins observateurs, que l'extrême rareté des hémoptysies de quelque gravité, indépendantes des tubercules ; de telle sorte qu'en admettant, pour un moment, que de pareilles hémoptysies soient quelquefois la cause excitante d'une éruption de tubercules, cela ne pourrait être démontré. Il est donc impossible, dans l'état actuel des choses, de regarder l'hémoptysie, forte ou faible, comme une cause de tubercules.

§ 6. *Froid.* — Le froid a toujours été considéré comme un des agents les plus actifs de la production des tubercules, comme une de leurs causes occasionnelles les plus ordinaires et les plus évidentes ; à tel point que pendant longtemps on a cru, comme je l'ai déjà dit, que les tubercules étaient propres aux pays du nord : et cette erreur n'a pas peu contribué à établir, dans l'opinion des médecins, puis dans celle des personnes du monde, que les climats chauds sont une sorte de panacée pour les phthisiques, au moins quand leur maladie est peu avancée. Aujourd'hui même, l'opinion est partagée sur ce point, et bien des médecins regardent encore le froid comme une des causes excitantes les plus puissantes et les plus fréquentes de la phthisie. Ainsi, tout dernièrement, M. Briquet, étudiant l'histoire de 109 malades qu'il a observés dans son hôpital, a cru pouvoir en conclure que sur 62 d'entre eux, la phthisie reconnaissait pour cause excitante le froid.

J'ai aussi cherché quelle avait pu être cette influence sur le développement de la phthisie, chez les malades observés par moi ; et on a vu plus haut que j'étais arrivé à des résultats très différents de ceux de M. Briquet. Plus tard, réfléchissant que si le froid est une cause efficace de phthisie, cette affection doit débuter plus fréquemment en hiver qu'en été, ou dans les mois froids que dans les mois chauds, j'ai recherché ce qui avait eu lieu, à cet égard, chez les sujets de mes observations ; et voici ce que j'ai trouvé. Sur 150 malades morts de phthisie à l'hôpital de la Charité, 74 ont éprouvé les premiers symptômes de cette affection dans les mois les plus chauds de l'année (avril, mai, juin, juillet, août, septembre) (1) ; 76, dans les mois les plus froids (2). Chez 127 autres malades admis à l'hôpital Beaujon, et pour lesquels la recherche du début de l'affection a été faite avec une grande précision, 66 l'ont contractée dans les mois les plus chauds (3), et 61 dans les mois les plus froids (4).

(1)

Avril.	12	74 malades.
Mai.	11	
Juin.	12	
Juillet.	11	
Août.	10	
Septembre.	16	

(2)

Octobre.	12	76 malades.
Novembre.	12	
Décembre.	13	
Janvier.	15	
Février.	11	
Mai.	14	

(3)

Avril.	16	66 malades.
Mai.	12	
Juin.	11	
Juillet.	7	
Août.	11	
Septembre.	11	

(4)

Octobre.	17	61 malades.
Novembre.	7	
Décembre.	14	
Janvier.	11	
Février.	8	
Mars.	4	

C'est-à-dire que ces deux groupes de faits, recueillis à des époques et dans des hôpitaux différents, conduisent aux mêmes résultats; que, dans l'un et l'autre, la phthisie a débuté un même nombre de fois dans les saisons froides et dans les saisons chaudes, et que si le nombre de faits analysés était plus considérable, il faudrait en conclure, et la conclusion serait rigoureuse, que le froid, considéré comme cause occasionnelle, est sans influence appréciable sur le développement de la phthisie. Ces faits ont encore cela de remarquable, qu'ils forment une nouvelle ligne de démarcation entre la phthisie et le catarrhe pulmonaire, qui est incomparablement plus fréquent en hiver et dans les mauvais temps de l'année, que pendant l'été.

Un autre fait vient à l'appui de ce qui précède, savoir : que les femmes, qui sont mieux à l'abri du froid que les hommes, généralement du moins et à Paris, y sont cependant plus sujettes à la phthisie.

En preuve de l'influence du froid sur le développement des tubercules, on a cité le beau travail du docteur Reynaud sur les singes de la ménagerie de Paris, lesquels meurent presque tous phthisiques. Mais avant d'émettre une opinion sur ce point, il faudrait savoir comment meurent les singes dans les pays chauds, s'ils y sont plus rarement tuberculeux qu'à Paris; et, en supposant l'affirmative, il faudrait encore examiner si le changement d'habitude, la séquestration, etc., ne seraient pas pour beaucoup dans leur genre de mort, n'y auraient pas la plus grande part. Presque toutes les vaches renfermées à Paris dans des étables meurent, dit-on, phthisiques : ici évidemment on ne peut attribuer la phthisie au froid, dont les vaches ne sont peut-être que trop bien préservées. Il y a donc plus d'une raison de se demander si le froid a sur le développement des tubercules l'influence qu'on lui suppose.

TROISIÈME PARTIE.

TRAITEMENT.

Avant d'exposer le traitement de la phthisie, celui du moins qui me paraît le plus convenable, dans l'état actuel de la science, je crois nécessaire d'examiner succinctement la valeur des principaux moyens qui ont été considérés, dans ces derniers temps, comme les plus capables d'enrayer la marche de la maladie ou d'en procurer la guérison. Dans cet examen, je ne prendrai conseil que de ma conscience, et si, dans l'appréciation des faits, je venais à me tromper, je compterais sur l'indulgence de mes confrères, qui ne doivent voir, dans ce travail ingrat, que l'accomplissement d'un devoir d'autant plus pénible, qu'il m'aura été plus difficile de partager leur manière de voir.

Je commencerai par les sels, et j'examinerai successivement l'action du proto-iodure de fer, du chlorure de sodium, etc., etc., sous le point de vue qui nous occupe dans cette troisième partie de mes recherches.

CHAPITRE I.

APPRÉCIATION DES PRINCIPAUX MOYENS

QUI ONT ÉTÉ CONSIDÉRÉS, DANS CES DERNIERS TEMPS, COMME LES PLUS CAPABLES D'ENRAYER LA MARCHE DE LA PHTHISIE.

ART. I. — Proto-iodure de fer.

Ce médicament, qui paraît avoir été introduit dans la pratique médicale, par M. Dupasquier de Lyon, est em-

ployé par lui dans le traitement de la phthisie, depuis plusieurs années. Voici ce qu'il en dit dans le compte administratif des hôpitaux de Lyon pour l'année 1835 :

« Le proto-iodure de fer, donné aux phthisiques depuis 12 jusqu'à 30 ou 40 gouttes par jour (1), est supporté sans difficulté par les malades, et porte spécialement son action sur l'organe pulmonaire.

» Les effets de ce médicament se manifestent le plus ordinairement dans l'espace de huit jours : sur dix malades atteints de phthisie au troisième degré, six ou sept au moins en éprouvent des effets très notables et un soulagement marqué. Au bout de quelques jours on observe une diminution prompte et presque la suppression des crachats, la diminution de la toux et de l'oppression, la diminution puis la suppression des sueurs, le ralentissement de la circulation, la diminution de la chaleur, de la fièvre, le rétablissement des forces et de l'appétit, etc. Quelquefois tous ces phénomènes se font remarquer en même temps, d'autres fois ils sont isolés.

» Quelquefois néanmoins, malgré la diminution des symptômes, le malade continue à s'affaiblir et s'éteint peu à peu : mais fréquemment aussi, et dans les cas où l'existence d'une caverne a été bien reconnue, l'amélioration est plus marquée de jour en jour, l'embonpoint reparaît, la toux et la fièvre cessent, le malade reprend sa gaieté et sort de l'hôpital dans un état de guérison qu'on peut espérer devoir être quelquefois définitive. »

Suivant M. Dupasquier, le proto-iodure agit ainsi qu'il suit : il diminue et finit par supprimer la suppuration des parois ulcérées des cavernes ; la cicatrisation alors peut s'opérer ; et s'il n'y a qu'une caverne, ou si elles sont en petit nombre, la guérison peut être définitive. Si, après la cica-

(1) Ce proto-iodure doit être préparé suivant la formule que M. Dupasquier a insérée dans le *Journal de pharmacie* de l'année dernière.

trisation des cavernes, il reste des tubercules non ramollis, l'action absorbante du proto-iodure de fer peut en amener l'absorption, et, dans ce cas, il est encore possible que la guérison soit définitive.

Si les foyers de suppuration sont très multipliés, si la nature ne peut suffire à un aussi grand travail de cicatrisation, les poumons ne peuvent reprendre leurs fonctions, et, malgré une amélioration momentanée, le malade finit par périr.

« En définitive, dit M. Dupasquier, ce nouveau médicament, que j'ai introduit dans la pratique médicale, exerce une action très puissante sur l'organe pulmonaire; il produit le plus souvent une amélioration prompte et notable des symptômes de la phthisie, amélioration qu'on ne pourrait attendre d'aucun des remèdes employés contre cette maladie : enfin, il donne quelquefois lieu à des guérisons réelles et définitives.

« Ce médicament, ajoute en finissant M. Dupasquier, s'altère avec facilité, il est d'une administration très délicate, et, une fois altéré par l'action de l'air, il ne produit plus les effets que j'ai signalés, il fatigue les organes digestifs. »

M. Dupasquier étant venu à Paris, il y a une année, s'est rendu à l'hôpital Beaujon, où il a bien voulu faire, en ma présence et devant le pharmacien attaché alors à ma division, la solution du proto-iodure de fer, telle qu'il l'emploie, et de la manière indiquée par lui dans le *Journal de pharmacie*. Depuis lors, j'ai administré ce médicament, soit en ville (1), soit à l'hôpital, à plus de 60 phthisiques dont l'affection était arrivée aux degrés les plus variés, et dans aucun cas, je le dis avec étonnement, car les assertions de M. Dupasquier, chimiste habile autant que médecin éclairé et honorable, m'avaient inspiré beaucoup de

(1) Dans ce cas, le proto-iodure de fer a été préparé par M. Boudet.

confiance, dans aucun cas je n'ai observé d'amélioration qui pût être attribuée à ce nouvel agent. Toutefois, les assertions de M. Dupasquier sont si positives, il est si difficile d'admettre qu'il ait pu se tromper, au moins très souvent, dans le diagnostic de la phthisie, que j'engage mes confrères à tenter de nouveaux essais avec le proto-iodure de fer en solution, s'il se peut, ou en pilules, d'après le procédé le plus sûr. Le proto-iodure peut d'ailleurs être administré sans le moindre inconvénient, plusieurs semaines de suite, à doses croissantes, de 15 à 50 gouttes par jour en deux fois, dans du sirop; et il ne détermine aucun effet immédiat qui puisse en faire suspendre l'emploi, quand on reste dans les limites que je viens d'indiquer.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que M. Dupasquier ne considère le proto-iodure de fer ni comme un spécifique ni comme une panacée; qu'il est bien loin d'attribuer à l'action de ce médicament des effets constamment heureux.

Je ne me suis pas borné à essayer le proto-iodure de fer; j'ai encore donné aux phthisiques d'autres préparations martiales, le sous-carbonate et le lactate de fer, et toujours avec aussi peu de succès. A la vérité, j'ai pris soin, pour conclure juste, en concluant rigoureusement des faits observés, de ne soumettre aux préparations martiales, les phthisiques admis dans les hôpitaux auxquels j'ai été attaché, que six à huit jours après qu'ils y avaient été reçus; parce que l'expérience de tous les jours montre qu'il suffit de quelques jours de régime et de boissons délayantes à ces malades, indépendamment de toute médication active, pour que leurs diverses fonctions s'améliorent, que la soif diminue, que l'appétit se relève, que les crachats prennent un meilleur aspect, que l'expectoration soit plus facile, etc. On conçoit, dès lors, que si l'on n'a pas pris la précaution que je viens de rappeler, on puisse attribuer à une préparation pharmaceutique une amélioration qui n'appartient qu'au

régime, et qu'on soit ainsi entraîné dans des erreurs graves. Il est plus que probable que l'oubli de cette précaution a une grande part dans la manière si diverse dont les médecins envisagent l'action des médicaments.

ART. II. — Chlorure de sodium.

L'étude de ce sel, récemment introduit dans le traitement de la phthisie par M. le docteur A. Latour, se place naturellement à côté de celle du proto-iodure de fer. Presque aussi récemment employé dans les mêmes circonstances, comme lui recommandé avec instance et conviction, le sel de cuisine serait, suivant M. Latour, d'une immense utilité sous le point de vue qui nous occupe.

Le traitement de la phthisie par le sel marin est fort simple, et consiste presque uniquement à donner ce sel deux ou trois mois de suite, à doses progressivement croissantes, de 2 à 8 grammes par jour ; soit dans du bouillon, soit incorporé dans du pain, en aidant son action d'un régime succulent et d'une boisson un peu amère.

Suivant M. A. Latour (1), les premiers effets de ce traitement se manifestent, terme moyen, au bout de cinq à six jours, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. L'appétit est d'abord influencé d'une manière notable, les malades sentent le besoin de manger plus souvent. Par l'effet d'une nourriture plus abondante, continue l'auteur, les grandes fonctions physiologiques sont nécessairement modifiées, la nutrition s'opère mieux, les forces reviennent, les sueurs nocturnes, si elles existaient, diminuent, le mouvement fébrile se ralentit et disparaît. Deux mois, deux mois et demi de l'usage du chlorure de sodium, à doses progressives, ont presque toujours suffi pour arriver à ce résultat.

M. Latour ne dit pas qu'il soit indifférent, pour le succès de la médication, d'avoir affaire à un malade dont l'affection est au premier et au deuxième degré ; mais il cite un

(1) *Traitement préservatif et curatif de la phthisie*, Paris, 1846, in-8, p. 141.

malade qui avait probablement une vaste caverne au sommet du poumon droit, et qui a recouvré la santé bien rapidement, sans le considérer comme une exception; en sorte que, suivant lui, le sel marin, aidé d'un régime convenable, peut guérir des phthisiques dont les poumons sont creusés de cavernes, qui ont de la fièvre, et sans doute aussi beaucoup de tubercules pulmonaires ramollis ou crus.

Cependant, M. A. Latour qui connaît si bien l'importance des méthodes rigoureuses et la nécessité de l'analyse numérique en médecine, pour arriver à la vérité et porter la conviction dans les esprits, M. Latour ne nous dit pas combien de malades il a traités dans telle ou telle condition, et combien ont guéri. On ne peut que regretter une semblable omission, quand il s'agit de succès si remarquables, si inespérés, si complètement opposés aux croyances dominantes, et qui doivent trouver, par cela même, tant d'incrédules; on regrette surtout que M. Latour ait craint de multiplier, dans son ouvrage, les faits de guérison (p. 131), qu'il ait cru pouvoir se borner aux quelques lignes que je vais citer, pour faire connaître un fait aussi remarquable que le suivant (p. 131): « Mademoiselle B., rue Hautefeuille, n° 30, » âgée de 14 ans; phthisique très avancée, caverne au sommet » du poumon droit, émaciation extrême, symptômes généraux » très graves. Cette malade a été vue par MM. les docteurs » Baron et Scott. Le traitement, commencé le 13 avril 1839, » a été terminé à la fin du mois de mai, et a été suivi d'une » guérison complète. »

Certes de pareils faits ne sauraient être environnés de trop de détails, et en eût-on par centaines, il faudrait encore les exposer de la même manière; car c'est le seul moyen de convaincre les autres. Que M. Latour environne de plus de détails les faits qu'il a recueillis, qu'il les multiplie, et pas un médecin n'hésitera, j'en ai la conviction, à s'assurer, par sa propre expérience, de la valeur du traitement qu'il propose.

Connaissant de longue main le mérite et la probité scientifique de M. Latour, je me suis empressé d'étudier, au lit des malades, l'effet du sel marin; et, en 1839, je l'ai donné, cinq mois de suite, à tous ceux qui ont été reçus dans ma division à l'Hôtel-Dieu, dans les proportions et de la manière indiquées par M. Latour; et, dans aucun cas, je n'en ai observé d'effet appréciable sur l'exercice des fonctions. Quelques malades n'ont pu en prendre au-delà de quelques jours, le très grand nombre en a pris pendant un mois et plus; et, je le répète, pendant cet espace de temps, je n'ai observé chez ces malades aucun changement, aucune amélioration qu'il fût possible d'attribuer au chlorure de sodium, rien qu'on n'observe ordinairement chez les phthisiques placés dans les mêmes circonstances et soumis à un traitement différent. J'ajoute que ces malades ont été, pour la plupart, nourris de viandes rôties, presque exclusivement, ou autant que leur estomac pouvait les supporter.

A la vérité, M. Latour récuse, à l'avance, les faits relatifs à l'administration du sel marin, qui seraient recueillis dans les hôpitaux, où, suivant lui, les maladies aiguës peuvent être traitées avec succès, tandis qu'il n'en peut être ainsi des maladies chroniques, à raison du peu de confortable de ces établissements. Cependant un assez grand nombre de maladies chroniques, la chlorose, la gastralgie, les écoulements vaginaux, la diarrhée, le catarrhe pulmonaire, la pleurésie chronique, etc., etc., sont traités tous les jours avec succès dans les hôpitaux; et on ne voit pas pourquoi il en serait autrement de la phthisie, du jour où l'on trouverait une médication vraiment efficace à opposer à cette terrible affection; surtout si les effets du principal agent thérapeutique, comme ce serait ici le cas, se manifestaient après quelques jours d'usage. Véritablement cette manière de voir de M. Latour ne peut être admise; et si des essais ultérieurs, faits dans les hôpitaux, par des hommes versés dans l'étude des maladies de poitrine, n'étaient pas plus

heureux que ceux auxquels je me suis livré, on ne devrait pas hésiter à reconnaître que M. Latour s'est fait illusion.

ART. III. — Sous-carbonate de potasse.

Tout récemment encore, à peu près à la même époque où M. Latour croyait devoir conseiller l'usage du sel marin dans le traitement de la phthisie, M. Pascal, de Strasbourg, recommandait à l'attention des médecins le sous-carbonate de potasse contre cette affection : se fondant, *à priori*, sur la faculté résolutive des sels alcalins dans beaucoup d'engorgements, et sur celle du sous-carbonate de potasse en particulier. M. Pascal arrive à la guérison de la phthisie en dissolvant l'albumine, qui forme, dit-il, la meilleure partie des tumeurs ou engorgements quels qu'ils soient ; et M. Latour croit arriver au même résultat par le sel marin, non à cause de sa propriété dissolvante, dont il ne parle pas, mais à raison des propriétés toniques spéciales que le sel marin possède, et qui secondent l'action d'un régime succulent et tonique.

Mais si les observations de M. Latour laissent à désirer, à raison du peu de détails dont il a cru pouvoir se contenter, celles de M. Pascal en sont si dépourvues, qu'il n'est réellement pas possible de savoir de quelle affection étaient atteints les malades qu'il a traités ; et j'ai cru, par cette raison, pouvoir me dispenser, au moins provisoirement, d'essayer le sous-carbonate de potasse.

ART. IV. — Sel ammoniac.

Le sel ammoniac a encore été considéré comme un agent thérapeutique de beaucoup de valeur dans le traitement de la phthisie ; et le docteur Cless (1), dans son rapport annuel sur les malades de l'hôpital Sainte-Catherine de Stuttgard, assure retirer de bons effets du sel ammoniac à haute dose, dans le traitement de la phthisie

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 8.

commençante, quand les tubercules sont encore à l'état de crudité. Il cite, à l'appui de sa manière de voir, plusieurs cas d'individus qui, après avoir offert des symptômes de phthisie commençante, ont été rétablis par l'usage de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

La plupart des malades traités par M. Cless prirent de 180 à 240 grammes (6 à 8 onces) de sel ammoniacal, dans le délai de quinze à trente jours : l'un d'eux en consomma 500 grammes en deux mois, un autre 800 dans l'espace de onze semaines. Ce dernier était mieux en quittant l'hôpital, sans être entièrement guéri ; et, dans aucun cas, les fonctions digestives ou les autres n'ont été sensiblement dérangées.

Il m'est impossible d'en dire davantage à ce sujet, n'ayant pas les observations de M. Cless sous les yeux, ne pouvant, dès lors, ni affirmer ni contester.

ART. V. — Chlorure de chaux (1).

Le chlorure de chaux a surtout été donné et recommandé comme un agent thérapeutique puissant dans le traitement de la phthisie, par le docteur Hirzog, de Posen, qui l'a administré à un certain nombre de malades confiés à ses soins, dans l'hôpital de cette ville.

L'un d'eux, âgé de vingt-huit ans, offrait, dit l'auteur, tous les symptômes de la phthisie, rendait des crachats puriformes, et sortit guéri après un traitement de quatorze jours. Des révulsifs cutanés avaient été prescrits avec le chlorure de chaux. — Un second malade, âgé de trente ans, offrait, depuis longtemps, différents symptômes de phthisie, et avait, en outre, une fièvre quarte. Celle-ci ayant été combattue, le chlorure de chaux fut administré, et, après un délai de cinq semaines et demie, les symptômes de la phthisie avaient disparu.

Des faits aussi brièvement exposés (je suppose que le tra-

(1) *Gazette médicale*, 1832, p. 411.

lecteur ne les a pas abrégés) sont, il faut en convenir, bien insuffisants pour amener la conviction; et on ne saurait trop regretter l'habitude où sont beaucoup de médecins de supprimer, dans des sujets aussi graves, des détails sans lesquels néanmoins il est absolument impossible de se former une opinion. Un nouveau sujet de doute, c'est que, suivant l'auteur, le chlorure de chaux paraît principalement convenir dans les phthisies qui sont la suite d'une pneumonie peu intense, qui a d'abord été négligée.

Du reste M. Herzog commence par prescrire 4 grammes de chlorure de chaux dans 180 grammes d'eau distillée, avec du sucre, et quelquefois avec addition de 8 grammes d'eau distillée de laurier-cerise. Le malade en prend d'abord quatre cuillerées à bouche par jour, et, à mesure que le traitement avance, on augmente la proportion du chlorure, qui ne dépasse jamais 8 grammes.

ART. VI. — Chlore gazeux.

Le chlore a fixé, pendant quelque temps, l'attention d'un assez grand nombre de médecins, qui ont cru trouver dans cet agent, convenablement employé, un moyen de guérir la phthisie, sinon toujours, au moins souvent, et dans ses diverses périodes. L'oubli dans lequel est tombé ce médicament ne saurait m'empêcher d'en rechercher la valeur dans le traitement de l'affection tuberculeuse; et, pour le faire, j'examinerai brièvement les faits exposés par M. Cottereau, dans le 24e volume des *Archives*, les plus intéressants parmi ceux qui ont été publiés en faveur du chlore, et qui sont venus à ma connaissance. Je les mettrai successivement sous les yeux du lecteur, en conservant tout ce qu'ils renferment d'important sous le point de vue qui nous occupe; et je ferai suivre chacun d'eux des réflexions qui me sembleront nécessaires pour en apprécier la valeur.

1re *observation*. — Cette observation, qui est extraite du mémoire de M. Gannal sur le chlore, est relative à un

gentilhomme, dont l'âge n'est pas indiqué, qui toussait et crachait depuis deux ans quand il fut mis à l'usage du chlore, le 21 octobre 1827. On avait constaté, à part l'expectoration et la toux, un son mat au tiers supérieur du poumon gauche. La toux et les crachats diminuèrent promptement; dès le 1er novembre, l'état du malade était bien amélioré, et l'amélioration continua, au point que le 1er janvier, la matité avait disparu. Le 8 avril suivant, le malade était parfaitement rétabli.

Il n'a été question, dans cette observation, ni d'amaigrissement, ni de fièvre, ni d'hémoptysie, ni de douleurs de côté; l'auscultation n'a pas été pratiquée: en sorte que ce fait, comme l'observe M. Cottereau lui-même, n'est pas concluant.

2e *observation*. — Elle a pour sujet une dame d'une complexion délicate, qui fut prise, le 12 avril 1828, sans cause connue, d'une toux sèche et de douleurs de poitrine, auxquelles on opposa trente sangsues à la région précordiale, avec soulagement. Le 27, la toux et les douleurs avaient augmenté, et il survint de la fièvre; M. Cottereau, appelé en consultation près de la malade, observe des crachats abondants et purulents, une fièvre continue avec exacerbations le soir, et un amaigrissement considérable: il constate, en outre, au sommet du poumon droit, antérieurement, l'absence du bruit respiratoire; en arrière, du même côté, à la même hauteur, et sous l'aisselle, une bronchophonie très marquée; à gauche, un son mat dans les *deux tiers supérieurs*, et, des deux côtés, un râle muqueux. Cinq jours plus tard, les mêmes faits sont constatés de nouveau. — Le 15 mai, trente-trois jours après le début des premiers symptômes, le chlore est commencé. Du 16 au 22, la toux et les crachats purulents diminuent, le sommeil est meilleur. Du 22 mai au 1er juin, nouveaux progrès, disparition complète de la fièvre, matité et bronchophonie beaucoup moindres, retour des forces et de l'appétit. Du 2 au 10 juin,

l'amélioration continue, la malade se lève presque toute la journée, son embonpoint revient ; le 18, la santé est parfaitement rétablie, et, depuis, elle a toujours été bonne.

Cette observation laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport du diagnostic. Seize jours environ après le début de la maladie, qui n'a pas été le début ordinaire de la phthisie, les crachats sont puriformes, un son mat existe dans les *deux tiers* supérieurs de la poitrine du côté gauche ; tandis qu'à droite, aussi au sommet, dans une hauteur indéterminée, on entend une bronchophonie très marquée. On n'a peut-être jamais observé, dans un cas de phthisie aiguë accompagnée des symptômes généraux les plus graves, un son mat aussi étendu, une bronchophonie aussi marquée près du début : et cela suffit pour qu'on doive se demander si, au lieu d'une phthisie aiguë, on n'aurait pas eu à traiter une pneumonie double. Le caractère des crachats, devenus puriformes à une époque si rapprochée du début de la maladie, est un nouveau sujet de doute ; et il faut en dire autant de la rapidité de la guérison, qu'il n'est guère possible de comparer qu'à celle d'une pneumonie ; de manière que cette observation qui pouvait paraître, au premier abord, si concluante en faveur de l'action du chlore dans la phthisie, n'a réellement pas ce caractère.

La 3e *observation* est l'histoire d'une dame, peut-être âgée (la femme d'un officier supérieur en retraite), née de parents phthisiques, qui fut prise, le 16 juin 1828, sans cause appréciable, d'une toux sèche qui continua dans la suite. Un mois et demi après le début, l'amaigrissement était considérable, la faiblesse prononcée, la malade avait les extrémités froides, des douleurs entre les épaules et au côté droit du thorax, expectorait une matière abondante, puriforme, souvent striée de sang ; il y avait un son mat accompagné de gargouillement et de pectoriloquie, au sommet du poumon gauche ; des sueurs très copieuses dans le sommeil ; le pouls était très faible et fréquent le soir. — Le 3 août, on

commence le chlore. Six jours plus tard, le 9, les crachats se décolorent et se détachent facilement; le 15, la pectoriloquie et le gargouillement persistent, mais le son mat est moins étendu et les symptômes généraux ont diminué d'intensité. — Du 20 au 26, l'appétit est vif; la toux, les crachats, les sueurs nocturnes, la fièvre du soir, sont moindres. — Du 27 août au 3 septembre, l'appétit persiste, les douleurs de poitrine sont à peine senties, la toux et les crachats ont lieu, le matin seulement; il n'y a ni craquements ni gargouillement, la pectoriloquie est douteuse. — Du 16 au 25 septembre, la pectoriloquie et la matité ont disparu. Du 26 septembre au 10 octobre, la toux et les crachats cessent complètement, et, le 20, la santé paraissant tout-à-fait rétablie, on cesse tout traitement.

Cette observation n'est pas moins remarquable que la précédente, et à peu près aux mêmes titres. La marche de la maladie a encore été très rapide, et l'amélioration a suivi de si près l'usage du chlore, qu'au sixième jour de son administration elle commençait déjà; qu'au cinquantième la percussion était normale; et au quarantième jour de l'affection, quand la malade fut soumise pour la première fois à l'observation de M. Cottereau, ses crachats étaient puriformes et abondants! Ce dernier fait est remarquable, en ce que tel n'est pas ordinairement le caractère des crachats dans la phthisie à marche rapide, à pareille époque. Le retour de la sonoréité à l'état naturel, cinquante jours après le commencement de l'usage du chlore, ne serait pas moins fait pour exciter l'étonnement, dans un cas de phthisie où les désordres auraient été aussi considérables qu'il faudrait l'admettre ici, d'après les résultats de l'auscultation et de la percussion, avant de recourir au chlore: de manière qu'il faut se demander, par toutes ces raisons, s'il n'y aurait pas eu erreur de diagnostic, si l'on n'aurait pas encore eu affaire, dans cette circonstance, à une pneumonie du sommet: car la parenté ne peut être d'aucun secours pour le

diagnostic individuel, si l'on peut s'exprimer ainsi. L'observation recueillie avec plus de détails, tant pour l'époque antérieure à l'administration du chlore que pour celle qui l'a suivie, n'aurait peut-être pas permis le doute : combien donc il importe, pour les progrès de la thérapeutique comme pour ceux des autres parties de la science, que les faits soient recueillis avec un soin pour ainsi dire extrême!

Le sujet de la 4ᵉ *observation* est un Espagnol, âgé de vingt ans, faible, d'un tempérament nerveux, dont la mère et deux frère et sœur avaient succombé à la phthisie. A la suite d'excès de plus d'un genre, au commencement de 1828, le malade éprouve, le 26 juillet, un accès de fièvre assez violent. Le lendemain : céphalalgie, douleurs vagues de poitrine, et bientôt, à la suite d'une toux légère, crachement de 150 à 180 grammes de sang vermeil, spumeux. La toux persiste, et bientôt surviennent la dyspnée, la fièvre le soir, et des sueurs nocturnes abondantes ; les crachats sont arrondis, d'un jaune verdâtre. A une époque mal déterminée, vingt jours peut-être après le début de la maladie, on entend, sous la clavicule gauche, un léger gargouillement avec pectoriloquie douteuse ; et un son mat existe, dans la même région, dans la hauteur de 6 centimètres. Le 29 août, trente-trois jours après le début des premiers accidents, on désespérait du malade ; la toux était continuelle, la respiration difficile, le pouls à 90, avec des exacerbations ; le soir, l'appétit était nul, les traits altérés, l'amaigrissement médiocre, toutefois : il y avait des douleurs à la partie antérieure de la poitrine. — Le surlendemain 31, l'usage du chlore est commencé. Le 8 septembre, les crachats sont moins abondants et décolorés, les sueurs nocturnes moins copieuses. Du 16 au 28, la faiblesse est moindre, le pouls à 75, l'exacerbation du soir à peine sensible ; les sueurs sont beaucoup moins abondantes, les crachats semblables à une solution de gomme arabique, accompagnés d'un peu de mucus épais ; la diarrhée est peu considé-

rable, l'appétit et les forces reviennent. — Du 26 septembre au 9 octobre, le mieux est très marqué; il n'existe plus ni gargouillement ni pectoriloquie; le son obtenu par la percussion est seulement un peu obscur sur la clavicule, et on entend un léger râle bronchique à la partie moyenne et postérieure du poumon droit. — Du 10 au 15, les résultats de l'auscultation et de la percussion sont normaux, la toux est très rare, et l'on cesse les aspirations de chlore le 30 octobre. Cependant, le 13 novembre, après quelques excès de table qui amenèrent un dérangement des fonctions digestives, la toux et les crachats reparurent; et, bien que les résultats de l'auscultation et de la percussion fussent toujours normaux, on reprit l'usage du chlore jusqu'au 15 décembre, époque à laquelle le malade avait complétement recouvré la santé.

Ici encore la maladie a débuté avec violence, comme une affection inflammatoire, ou comme une phthisie très aiguë; et sa marche a peut-être été plus rapide que dans les deux cas précédents, puisque, après vingt jours de durée environ, on entendait un gargouillement avec pectoriloquie douteuse sous l'une des clavicules, dans un point où la percussion rendait un son mat. La phthisie la plus aiguë ne marche pas ordinairement avec cette violence. Nonobstant sa gravité, la maladie cède avec une merveilleuse facilité à quelques aspirations de chlore; et, du soixante-quinzième au quatre-vingtième jour, à partir de son début, on ne trouve aucune trace de la maladie, au moyen de l'auscultation et de la percussion! Ces circonstances vraiment merveilleuses, dans la supposition où l'on aurait eu affaire à une phthisie sans complication, font naître de nouveaux regrets sur l'impossibilité où l'auteur paraît avoir été d'examiner plus souvent son malade à l'aide de l'auscultation et de la percussion; car cet examen paraît n'avoir eu lieu que trois fois, et l'on sent combien cela était insuffisant pour rectifier le diagnostic, s'il était

erroné, et pour bien suivre la marche rétrograde de la maladie. Une hémoptysie assez grave, à la vérité, a eu lieu au début de la maladie; et l'on peut croire sans peine qu'elle tenait à l'existence de quelques tubercules. Mais n'y a-t-il eu ici qu'une affection tuberculeuse? Cette affection a-t-elle été compliquée de quelque affection aiguë, à laquelle la meilleure partie des symptômes indiqués pourrait être rapportée? C'est là véritablement le problème en question, et pour la solution duquel l'observation de M. Cottereau ne renferme pas de données suffisantes.

La 5ᵉ *observation* est relative à un négociant hollandais, âgé de trente-cinq ans, très faible, sujet à une toux opiniâtre depuis sa dix-septième année. Au moment où M. Cottereau le vit pour la première fois, il était dans l'état suivant : maigreur universelle, visage plombé, pouls à 80; respiration gênée, matité en arrière à gauche, dans *toute* la hauteur du thorax, moins prononcée en avant, à part sous la clavicule, où il y avait à la fois souffle caverneux, pectoriloquie, gargouillement; à droite, râle muqueux sans altération du bruit respiratoire; la toux était vive, les crachats purulents; il y avait des douleurs sourdes entre les épaules, et des sueurs nocturnes; inappétence, sans diarrhée ni constipation. — Le chlore est commencé le 2 septembre. Du 6 au 14, le mieux se prononce, les crachats sont décolorés. Le 14, ils sont presque nuls, et le râle muqueux a disparu. Du 18 au 30, la matité, le souffle caverneux et la pectoriloquie sont moindres; le râle muqueux est rare, le gargouillement a cessé, les forces renaissent, l'appétit fait des progrès. Du 1ᵉʳ au 8 octobre, ni sueurs ni dyspnée; toux et crachats rares. Du 9 au 18, visage naturel, appétit vif, retour de l'embonpoint; ni pectoriloquie, ni râle caverneux; seulement obscurité du son sous la clavicule gauche, respiration naturelle ailleurs. Cependant le chlore est continué jusqu'au 15 novembre, et, depuis, le malade n'a cessé de se bien porter.

Cette observation inspire peu de confiance, comme fait de phthisie. On se rappelle, en effet, qu'au moment où l'auteur vit le malade pour la première fois, il trouva un son mat du côté gauche, dans *toute* la hauteur de la poitrine, sans doute par suite d'un épanchement pleurétique; sans dire, toutefois, quel était l'état du bruit respiratoire, du retentissement de la voix, du même côté, à part sous la clavicule. Il n'en a pas non plus été question dans la suite. Un oubli aussi considérable, sur un point si essentiel, peut faire craindre que le malade n'ait été examiné, sous d'autres rapports, un peu rapidement; on n'ose, par cela même, insister sur la valeur des symptômes observés, et l'on se demande si, dans le cas actuel, il y a eu autre chose qu'une dilatation des bronches avec pleurésie gauche, sans pouvoir rien affirmer.

La 6ᵉ *observation* est l'histoire d'un étudiant en médecine, âgé de vingt-six ans, d'une constitution délicate, qui fut pris, au mois de mai 1827, d'une toux sèche, devenue très violente au mois d'août suivant. Alors, et à des intervalles variables, il eut plusieurs hémoptysies. Le 27 décembre: douleur vive au centre du poumon gauche, promptement étendue en avant; et le lendemain, hémoptysie violente. Le 4 janvier, nouvelle hémoptysie. Le 8: crachats verdâtres, opaques, abondants; douleur interscapulaire, anxiété; percussion obscure *partout*, mate par intervalles; vis-à-vis le point douloureux, souffle caverneux et gargouillement. — Le 9, on commence l'usage du chlore. Du 10 au 17, amélioration légère dans les symptômes. Du 21 au 25, retour de l'appétit, digestion facile. — Du 26 janvier au 19 mars, une diarrhée forte et une fièvre à forme intermittente obligent, par intervalles, de suspendre les aspirations de chlore, et réduisent le malade à une maigreur extrême. Du 20 au 31 mars, les aspirations sont régulières, la toux, les crachats et la diarrhée diminuent, l'appétit et les forces renaissent. — Du 1ᵉʳ au

20 avril, la toux, les crachats, le gargouillement, la pectoriloquie, les douleurs de poitrine, cessent; la percussion et l'auscultation sont normales universellement, les forces et l'appétit sont revenus, et, avec eux, une partie de l'embonpoint. Depuis lors, santé parfaite.

Si l'on ne peut nier ici l'existence d'une affection tuberculeuse, attestée, en quelque sorte, par de nombreuses et graves hémoptysies, il doit être au moins permis de ne pas complétement partager l'opinion de l'auteur sur l'intégrité des poumons, au moment où le malade parut guéri. Comment, en effet, concevoir, avec les données de l'expérience acquise, que le bruit respiratoire fût revenu à l'état normal, chez un sujet qui avait offert du gargouillement et de la pectoriloquie, sous l'une des clavicules, à une époque séparée par un espace de trois mois seulement, de la guérison; chez lequel la poitrine rendait un son obscur à la même époque, dans *toute* son étendue? Ces doutes sont d'autant plus légitimes, qu'ici, comme dans le cas précédent, on a omis d'étudier le caractère de la respiration dans tout le côté où la percussion était universellement plus ou moins obscure; qu'on n'a pas suivi, par une exploration attentive et répétée, la dégradation de la matité, avant le retour de la parfaite sonoréité du thorax. Sans doute, des médecins honorables ont vu le malade avec M. Cottereau, et paraissent avoir observé ce que lui-même a rapporté; mais cette circonstance ne peut changer ma manière de voir; et, comme le cas dont il s'agit paraît être de ceux dont la marche est intermittente, on doit encore se demander quelle part les fumigations de chlore ont eue à la guérison. Et si d'ailleurs, comme tout porte à le croire, il y a eu pleurésie, on conçoit très bien que cette affection une fois guérie, la phthisie n'ait plus donné lieu qu'à des symptômes peu graves, à un état général qui n'a pu empêcher le retour des forces et les apparences de la santé; comme on le voit quelquefois chez

des personnes qui n'ont pris ni chlore, ni aucun des médicaments dont il a été question jusqu'ici.

Dans la 7ᵉ *observation*, un bottier, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution faible, ayant depuis long-temps une toux sèche, devint plus malade au mois de janvier 1829, époque à laquelle la toux augmenta, les forces et l'appétit diminuèrent. Le 16 avril suivant : maigreur, faiblesse, dyspnée considérable pendant le redoublement de la fièvre; crachats épais, d'un blanc jaunâtre, difficiles; son obscur dans *tout le côté droit* du thorax, surtout en bas, et à gauche dans les tiers supérieur et inférieur : à droite, bruit respiratoire faible inférieurement, râle muqueux, pectoriloquie au sommet; à gauche, respiration claire universellement, à part le sommet, où l'on entend quelques craquements au-dessus du sein. La peau est sèche et chaude, il y a fièvre dans la soirée. — Les aspirations de chlore sont commencées le soir. Du 6 au 9 mai, la toux, les crachats, les sueurs, diminuent; l'appétit revient. Du 11 au 19, l'appétit et les forces font de nouveaux progrès, le mouvement fébrile est moindre que les jours précédents. Du 20 au 30, nouvelle amélioration et persistance des signes fournis par l'auscultation et la percussion. — Du 1ᵉʳ au 10 juin, retour des forces et de l'embonpoint, cessation de la fièvre, des douleurs de poitrine et du râle sous-crépitant; son moins obscur, pectoriloquie douteuse; le malade travaille toute la journée. Du 11 juin au 5 juillet, la toux, les crachats, la matité, la pectoriloquie, disparaissent successivement; la bronchophonie seule persiste, et le bruit respiratoire est normal partout. Le malade, avec toutes les apparences de la santé, continue pendant un mois les aspirations de chlore.

Ici encore le lecteur a sous les yeux un nouvel exemple de complication, qui est indiquée par l'étendue de l'espace dans lequel avait lieu l'obscurité du son; et, comme dans le cas précédent, il regrette sans doute que l'auscultation

et la percussion n'aient pas été pratiquées plus souvent, qu'elles n'aient pas été étudiées et comparées avec soin. C'est à une complication, très probablement, pour ne rien dire de plus, qu'il faut attribuer l'aggravation des symptômes qui eut lieu au mois de janvier 1829; et l'on conçoit très bien, comme je l'ai déjà dit, que la complication venant à disparaître, les symptômes se soient amendés successivement, indépendamment de l'action du chlore, qui est, par cela même, très problématique. J'ajoute que la persistance de la bronchophonie, avec une respiration normale, ne saurait être admise; ce qui jette de nouveaux doutes sur l'état de la poitrine du malade, au moment où il a *été considéré* comme guéri.

Le sujet de la 8ᵉ *observation* est un ferblantier âgé de trente ans, d'une constitution faible, né d'un père phthisique, qui fut pris, au mois de février 1829, de douleurs de poitrine avec toux sèche, bientôt accompagnée de crachats purulents, puis, et assez promptement, de fièvre, de sueurs nocturnes, de diarrhée et d'amaigrissement. Il y eut, au mois d'avril, trois hémoptysies fortes. Le 13 du même mois : son obscur dans les *deux tiers inférieurs* du côté droit du thorax, mat au-dessus, avec râle muqueux, gargouillement et pectoriloquie dans tout le pourtour du sommet du poumon; du côté gauche, son obscur sous la clavicule, avec respiration trachéale; pouls à 98.— Les inspirations de chlore furent commencées le 9 mai. Du 11 au 25, les crachats se décolorèrent et furent un peu moins abondants; la toux, les sueurs, la diarrhée, la fièvre, diminuèrent (82 pulsations), l'appétit se prononça. Du 26 mai au 15 juin, la diarrhée cessa, les forces revinrent. Du 16 au 30, la fièvre, les sueurs, la diarrhée, disparurent; la toux, les crachats et les douleurs de poitrine furent beaucoup moindres, la respiration devint naturelle dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche et dans la moitié correspondante du poumon droit; le gargouillement fut presque nul, la pec-

toriloquie et la matité restèrent dans le *statu quo* ; l'appétit fut excellent, la digestion facile. Du 1er au 12 juillet, les crachats cessèrent presque entièrement, et le malade se croyant guéri, alla à la campagne. Le 10 août, la matité persistait, on n'entendait plus la pectoriloquie, et des travaux un peu pénibles, repris depuis huit jours, excitaient des sueurs. Trois mois plus tard, la toux n'avait pas reparu, et la santé se maintenait.

Voici encore, bien évidemment, l'exemple d'une complication à laquelle il faut rapporter l'exaspération des symptômes, puis l'amélioration progressive éprouvée par le malade, à mesure que l'épanchement ou l'engorgement ont disparu, amélioration à laquelle il est bien douteux que le chlore ait eu une grande part ; et les réflexions faites au sujet de la précédente observation s'appliquent naturellement à celle-ci.

La 9e *observation* est l'histoire d'une dame de vingt-huit ans, d'une constitution délicate, ayant perdu son père et une de ses tantes de la phthisie. Elle fut prise, à la fin de février 1829, à la suite d'une fausse couche, d'une toux accompagnée de crachats épais, d'un blanc jaunâtre : bientôt la toux augmenta, les crachats furent purulents et quelquefois striés de sang ; il y eut de la fièvre le soir, des sueurs nocturnes, un amaigrissement marqué, et des douleurs entre les épaules : la percussion de la poitrine devint mate au sommet des deux poumons et au *tiers moyen* du gauche. Dans les points correspondants à la matité, on n'entendait ni le bruit respiratoire ni la résonnance vocale ; si ce n'est à deux travers de doigt de la clavicule, où il y avait gargouillement et pectoriloquie. D'ailleurs les règles avaient continué à se montrer régulières, et il n'y avait pas eu de diarrhée, quand on commença, le 5 mai, l'usage du chlore. — Le 1er août, les forces étaient revenues complétement, la poitrine était dans l'état naturel, à part un son mat dans le point correspondant à l'excavation ; et l'hiver si rigoureux

de 1829 à 1830 n'a exercé aucune influence fâcheuse sur la malade.

Les détails que je viens de rapporter sont les seuls que contienne la 9e observation, relativement au sujet qui nous occupe; et l'on conviendra sans peine qu'ils sont insuffisants pour se faire une idée de l'action du chlore dans le cas actuel; d'autant plus que si l'on tient un compte rigoureux de la percussion (matité au tiers moyen gauche), il faut encore reconnaître, dans le cas actuel, l'existence d'une complication dont la disparition progressive suffirait pour expliquer, au moins en partie, le retour à la santé. Il est réellement impossible, dans l'examen d'une question aussi grave que celle qui nous occupe, de tenir compte de faits qui manquent de tant de détails importants.

La 10e *observation* est relative à un négociant âgé de quarante-six ans, d'une constitution faible, sujet, depuis plusieurs années, à une toux accompagnée de crachats jaunâtres, parfois striés de sang. Au mois de juin 1829, en arrivant à Paris, les mêmes symptômes se reproduisirent, et bientôt avec plus d'intensité que de coutume; en sorte que les crachats devinrent à la fois purulents et plus abondants que jamais, qu'il y eut des douleurs de poitrine, des sueurs nocturnes partielles, de la fièvre le soir, que les forces se perdirent. Le 6 juillet, le côté droit était rétréci et rendait un son mat dans ses *deux tiers supérieurs*, où existaient un râle et un souffle caverneux; on entendait une bronchophonie marquée, au niveau du troisième espace intercostal; tandis qu'ailleurs, dans sa presque totalité, le poumon était imperméable à l'air. Il n'y avait rien à remarquer à gauche, à part un peu de râle muqueux au sommet du poumon. — On commença les aspirations de chlore le 8 juin. Il y eut, du 9 au 30, une légère amélioration; puis, à raison d'une hémoptysie peu considérable, qui fut traitée par la saignée, on suspendit les aspirations de chlore du 30 juillet au 4 août exclusivement, pour les continuer, sans interrup-

tion, jusqu'au 1er octobre; époque à laquelle les signes de la phthisie, dit M. Cottereau, cessèrent entièrement. Depuis, la santé du malade s'est toujours maintenue.

Cette observation laisse encore plus à désirer que les précédentes. L'étroitesse du côté droit du thorax tenait, probablement, à une pleurésie ancienne, peut-être survenue dans le cours d'une affection tuberculeuse qui, après s'être arrêtée, a pu donner lieu à des accidents pareils à ceux que le malade a éprouvés, lesquels n'auront pas eu de suite fâcheuse, comme on le voit quelquefois. On ignore ce qu'est devenue l'imperméabilité du poumon droit à l'air, constatée lors de la première visite faite au malade; vu que l'exploration de la poitrine n'a été faite ou décrite qu'une fois : en sorte qu'il n'y a pas de conclusion à tirer de ce nouveau fait, relativement à l'objet qui nous occupe plus particulièrement dans cet article.

Le sujet de la 11e *observation* est une dame belge, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution faible, ayant perdu une sœur de la phthisie, toussant et crachant depuis deux ans, au 2 juillet 1829, ayant eu deux hémoptysies un peu avant cette époque. Le 2 juillet : amaigrissement, faiblesse considérable, douleurs vives entre les épaules et derrière le sternum, toux fréquente, crachats jaunâtres, son mat, pectoriloquie, respiration trachéale sous la clavicule droite, dans la hauteur de trois pouces; quelques bulles de râle muqueux à gauche, çà et là; fièvre avec exacerbation le soir, sueurs nocturnes bornées à la poitrine; soif légère, appétit très déprimé, alternatives de constipation et de diarrhée; leucorrhée abondante.—Le 6 août, les aspirations de chlore sont commencées. Du 7 août au 8 octobre, après l'administration inégale et souvent suspendue de ce médicament, les douleurs, la toux et les crachats diminuèrent; le mieux continua du 9 septembre au 17 octobre; et, depuis lors jusqu'au 4 janvier, les progrès vers le retour à la santé furent lents; ce qui fut attribué à un froid excessif.

Du 3 janvier au 6 février, les aspirations de chlore furent supprimées, et l'état de la malade resta stationnaire; puis on revint encore à l'usage du chlore, et, du 7 février au 27 avril, les symptômes diminuèrent peu à peu. Le 27 avril, la poitrine était revenue à un état d'intégrité qui parut complet, et la malade offrait tous les signes d'une excellente santé.

Les détails manquent plus complétement encore ici que dans la dernière observation; et, sans nier, à beaucoup près, l'existence d'une affection tuberculeuse dans le cas actuel, on ne peut, bien évidemment, en rien conclure par rapport à l'effet du chlore.

La 12ᵉ et avant-dernière observation est l'histoire d'une dame âgée de vingt-sept ans, d'une constitution délicate, dont une sœur mourut phthisique. Cette dame avait eu, en 1827, à la suite d'une fausse couche, une toux sèche, qui alla croissant et augmenta encore au mois d'avril, pendant une nouvelle grossesse, dans le cours de laquelle il y eut de fréquentes hémoptysies. Le 9 juillet 1829 : émaciation, figure plombée, soif médiocre, anorexie, toux fréquente, crachats d'un jaune verdâtre, douleur au larynx et entre les épaules, surtout à gauche; voix presque éteinte; à 3 centimètres de la clavicule droite, son clair très circonscrit, *obscur partout ailleurs*, et mat près du point sonore : à gauche, percussion obscure dans le *tiers inférieur* seulement; sous la clavicule droite, souffle caverneux, gargouillement, pectoriloquie; autour du même point, le bruit respiratoire est nul, tandis que dans le reste du même côté, il a le caractère trachéal et est accompagné de râle crépitant; à gauche la respiration est confuse dans le tiers inférieur, et il existe quelques craquements au sommet; le pouls est à 80, la fièvre est prononcée le soir, la malade a des sueurs excessives pendant la nuit et une constipation opiniâtre. — On commence les aspirations de chlore le 20 juillet. Du 20 juillet au 22 août, ces aspirations furent

souvent suspendues par suite de quelques symptômes d'irritation. Du 23 août au 14 septembre, l'amélioration fut considérable. A compter du 22 septembre, l'état de la malade ne permit pas de faire usage du chlore, et on le remplaça par une solution hydriodatée. Le chlore fut repris le 16 octobre, et, le 12 novembre, la malade se considérait comme tout-à-fait guérie. Le 24 décembre, l'appétit, l'embonpoint et les forces étaient dans l'état normal; il n'y avait ni toux ni crachats, la matité était circonscrite, le bruit respiratoire nul là où avait existé la pectoriloquie : partout ailleurs il était normal. Pendant les trois premiers mois de 1830, la santé resta intacte, malgré le froid le plus rigoureux; mais le 26 avril de la même année, à la suite d'une suppression de règles, les symptômes d'une maladie aiguë, étrangère à la poitrine, se déclarèrent, et le 28 mai la malade succomba. — *A l'autopsie* on trouva les deux poumons d'un gris pâle, généralement très souples et parfaitement crépitants; le gauche adhérait à la plèvre costale par des brides celluleuses assez serrées, offrait, à la partie moyenne de son lobe supérieur, un tubercule du volume d'un pois, entouré d'une membrane blanchâtre et grisâtre, épaisse et résistante, autour de laquelle le tissu pulmonaire était sain; et, au-dessus, quelques petites granulations à l'état cru. Le poumon droit était libre partout, offrait à son sommet, dans la hauteur de 4 centimètres et demi et la largeur de 2, une teinte foncée, une résistance dure, une apparence froncée, et, dans ce point, un tissu dur, presque fibreux, ardoisé, imperméable à l'air, auquel se rendaient des bronches qui étaient oblitérées au point de contact; et sur les bords de ce produit de cicatrisation, existait un tubercule d'un millimètre de diamètre. Partout ailleurs, les poumons étaient dans l'état physiologique.

Cette observation offre de l'intérêt, et est un exemple frappant, dit M. Cottereau, des résultats avantageux qu'on peut attendre du chlore administré dans la phthisie.

Sans doute l'observation qui nous occupe offre beaucoup d'intérêt, et, au premier abord, la conclusion de M. Cottereau peut paraître légitime; mais en y regardant de plus près, il ne saurait en être ainsi. En effet, au moment où l'on commença l'administration du chlore, le côté droit de la poitrine rendait un son plus ou moins obscur dans *toute* son étendue, à part un point circonscrit, sous la clavicule, où il y avait du gargouillement, du souffle caverneux et de la pectoriloquie; tandis qu'au pourtour, le bruit respiratoire était nul, et partout ailleurs plus ou moins exactement trachéal. En admettant, avec M. Cottereau, que ces symptômes et tous ceux qui en étaient, en quelque sorte, comme le cortége, tenaient à l'affection tuberculeuse, on aurait dû trouver des traces de cette maladie dans une grande étendue du poumon droit; et, au lieu de cela, on a seulement trouvé une production fibreuse à son sommet, avec un tubercule cru à son pourtour. Il faut reconnaître, par cela même, que la conclusion de M. Cottereau est erronée; que l'obscurité du son et la respiration trachéale qui avaient lieu dans presque toute l'étendue du *côté* droit de la poitrine, au moment où l'on commença l'administration du chlore, étaient l'effet d'une affection aiguë, probablement d'une pneumonie, après laquelle on n'a dû trouver, dans le poumon, que les altérations qui y existaient auparavant. Non seulement le chlore n'a pas favorisé la solution de l'affection tuberculeuse, évidemment arrêtée dans sa marche depuis un temps indéterminé, mais ce médicament, qui était mal supporté, a été nuisible au malade, au moins suivant toutes les apparences, en retardant la résolution d'une pneumonie qui avait été méconnue.

Cette observation offre néanmoins, comme je l'ai dit, un grand intérêt, en ce qu'elle justifie les réflexions faites précédemment au sujet de faits semblables, relatifs à des phthisiques dont l'affection était compliquée d'une pneumonie ou

d'une pleurésie, au moment où le chlore leur fut administré; elle montre que dans ces cas, comme dans celui qui nous occupe plus particulièrement ici, l'utilité du chlore n'a été qu'apparente; que l'amélioration qui en a suivi l'usage tenait à la résolution de l'affection aiguë compliquante, et à cela seulement.

Maintenant, faut-il croire que le gargouillement et la pectoriloquie entendus au sommet du poumon droit dépendaient d'une excavation, alors existante, et qui aura été oblitérée, dans la suite, par la production fibreuse qui a été décrite? Cette supposition, qui impliquerait la formation rapide de la production fibreuse, ne me semble pas devoir être admise. Il me paraît plus vraisemblable que la pectoriloquie et le gargouillement étaient le résultat de la phlegmasie pulmonaire, qu'alors déjà la cavité tuberculeuse était oblitérée. J'ajoute qu'on ne peut expliquer l'absence de tout bruit respiratoire, dans le point qui a été indiqué, qu'en admettant cette manière de voir; que c'est une nouvelle raison de s'y arrêter.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, qu'au moment où l'on constatait, du côté droit de la poitrine, un son obscur et une respiration trachéale, le malade éprouvait une douleur de poitrine à gauche; que du même côté, dans son tiers inférieur environ, la percussion rendait un son obscur, le bruit respiratoire était confus; qu'à l'autopsie, des adhérences celluleuses unissaient entre elles les plèvres pulmonaire et costale; en sorte qu'au moment où le chlore fut commencé, il y avait à la fois pneumonie du côté droit et pleurésie du côté gauche; affections assez graves pour que l'état du malade dût alors paraître des plus inquiétants.

Enfin, et je dois le faire remarquer au lecteur, ce fait montre combien il importe de se dépouiller de toute préoccupation pour bien observer, pour ne tirer des faits que des conclusions légitimes, puisque rien ne manquait à l'auteur de la 12e observation pour l'interpréter plus natu-

rellement, qu'un peu moins de préoccupation en faveur du chlore.

La 13e et dernière *observation* est encore un cas de complication, et je ne crois pas nécessaire, par cela même, de m'y arrêter.

Ainsi, en résumant les observations de M. Cottereau d'une manière sommaire, on n'en trouve réellement aucune qui prouve l'efficacité du chlore dans la phthisie. Les unes manquent des détails nécessaires pour qu'on sache à quoi s'en tenir sur le caractère de l'affection traitée, et l'auteur lui-même parait placer la première dans cette catégorie. Les autres sont des cas de pneumonie double ou de pleurésie, chez des malades dont les poumons offraient un certain nombre de tubercules; et, dans ces cas, on le conçoit sans peine, les symptômes généraux qui tenaient à la complication, une fois écartés, après l'usage d'un agent thérapeutique peut-être plus nuisible qu'utile, la santé du malade a dû paraître assez satisfaisante : ce qui a fait illusion. Dans quelques cas aussi, il n'y avait, très probablement, qu'une maladie aiguë sans complication.

Ces conclusions, qui me semblent découler naturellement de l'examen attentif des faits publiés par M. Cottereau, sont, d'ailleurs, en parfaite harmonie avec l'expérience des médecins qui ont cru devoir, à son exemple, recourir au chlore dans le traitement de l'affection tuberculeuse. Ainsi, sur douze malades réputés phthisiques, auxquels M. Bayle a administré le chlore, un seul a guéri; encore l'auteur convient-il, suivant la remarque de M. le docteur Toulmouche, de Rennes, qu'il ne l'a jugé phthisique que sur les symptômes généraux; et M. Toulmouche lui-même, qui a étudié avec soin les effets du chlore dans le traitement de la phthisie et du catarrhe pulmonaire chronique, ne l'a trouvé efficace que dans cette dernière affection (1).

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, t. I, p. 807, t. II, p. 1035.

J'ai aussi étudié l'action du chlore sur plus de 50 phthisiques, tant à l'hôpital de la Pitié qu'à l'Hôtel-Dieu, et même à l'hôpital Beaujon, au moyen d'un flacon garni de deux tubulures, avec du chlore de la pharmacie centrale des hôpitaux, et, dans aucun cas, je n'ai obtenu de succès de cette médication.

Ces derniers faits, réunis à ceux qu'ont recueillis MM. Bayle, Toulmouche, et beaucoup d'autres médecins, j'ajoute, aux réflexions faites au sujet de ceux qu'a exposés M. Cottereau, ne permettent guère de douter que cet honorable médecin n'ait été induit en erreur, en prenant pour des cas simples, des affections compliquées, etc., etc.

ART. VII. — Digitale.

La digitale a aussi été considérée comme un moyen, non seulement d'améliorer l'état des phthisiques, mais de les guérir ; et malgré tout ce qu'ils laissent à désirer, on doit de la reconnaissance à M. Bayle, pour avoir réuni les principaux faits relatifs à ce sujet. Résumant ces faits, M. Bayle remarque que sur 151 individus atteints de phthisie et traités au moyen de la digitale par Sanders, Fowler, Beddoes, Drake, etc., 83 ont guéri, 35 ont éprouvé une amélioration momentanée ou durable, 33 n'ont éprouvé aucun soulagement ; qu'en supposant que plusieurs de ces cas fussent des catarrhes pulmonaires chroniques, et non de véritables phthisies, il resterait encore un nombre de guérisons assez considérable pour fixer l'attention des médecins ; qu'à raison de l'habitude où sont les auteurs de cacher leurs insuccès, on ne doit pas conclure des 151 cas, parmi lesquels 83 ont guéri, que la digitale guérit plus de la moitié des phthisiques ; mais il pense qu'on ne peut se refuser à admettre que sur un nombre indéterminé, plusieurs ont été guéris (1). Et à l'appui de cette conclusion, M. Bayle

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*, t. III, pag. 361.

cite le témoignage de son illustre parent, l'auteur du *Traité de la phthisie*, qui assure que la digitale, dont il a progressivement augmenté la dose, dans quelques cas, jusqu'à 40 grains par jour, a paru produire de très bons effets dans diverses espèces de phthisie, et même dans la phthisie tuberculeuse, chez des sujets trop excitables, dont le pouls offrait une très grande fréquence. Enfin, ajoute M. Bayle, si, dominés par notre opinion sur l'incurabilité de la phthisie, nous rejetions comme faux les 83 cas de guérison donnés dans cet ouvrage, nous regarderions comme imposteurs plus de douze médecins que l'histoire nous présente comme honorables; car il est impossible d'admettre que tous ces auteurs se sont constamment trompés sur le diagnostic de la maladie.

Ce dernier raisonnement de M. Bayle n'a heureusement rien de rigoureux : on peut douter de la guérison des cas de phthisie rapportés par les auteurs qu'il a compulsés, sans mettre en doute leur bonne foi. Avant Bayle, le diagnostic de la phthisie était réellement dans l'enfance; Bayle lui a fait faire de grands progrès; ces progrès n'ont pas été interrompus depuis, et l'on peut donc croire qu'avec la meilleure foi du monde, les médecins qui ont vanté outre mesure, tout le monde en conviendra, l'action de la digitale dans la phthisie, se sont trompés; qu'ils ont pris, sinon toujours, du moins presque toujours, une maladie étrangère à la phthisie, pour la phthisie elle-même. Ajoutons que dans un assez grand nombre de cas, quand la maladie ne marche pas d'une manière rapide, il suffit d'un meilleur régime pour amener une amélioration considérable dans les symptômes; que dans quelques cas plus rares encore, la maladie, sous l'influence des moyens les plus variés, s'arrête dans sa marche : toutes circonstances dont les auteurs n'ont pas tenu compte, que nous ne pouvons pas négliger, et qui nous permettent de douter, sans accuser la bonne foi de qui que ce soit; comme nous pouvons très

bien douter aujourd'hui de l'efficacité du sirop de Belet dans la phthisie, sans flétrir le caractère de Portal. Que le lecteur n'oublie pas, d'ailleurs, que l'illustre Bayle, en s'expliquant sur l'action de la digitale dans la phthisie, parle seulement d'amélioration; que ce témoignage, invoqué par son neveu, est un doute qui commande la plus grande réserve; en sorte que tout ce qu'on peut conclure des faits rapportés dans la *Bibliothèque de thérapeutique*, c'est qu'il conviendrait peut-être de répéter les essais auxquels Bayle et d'autres se sont livrés au sujet de la digitale.

Le petit nombre de cas de phthisie dans lesquels, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville, j'ai donné la digitale depuis douze ans, ne m'a conduit à aucun résultat positif; et les essais de M. Joret, dans la division de M. Andral en 1834, sont tout aussi peu significatifs sur ce point.

ART. VIII. — *Acide hydrocyanique.*

L'acide *hydrocyanique* est considéré comme curatif de la phthisie, par un certain nombre de médecins, parmi lesquels il faut surtout compter le docteur Fantonetti de Pavie. Dans un mémoire assez étendu sur ce sujet (1), ce médecin expose des faits, d'où il semblerait résulter que l'acide hydrocyanique a, en effet, une action prodigieuse sur la marche et sur la terminaison de la phthisie : et si c'est une raison d'exposer brièvement quelques uns de ces faits, c'est aussi un motif de les accueillir avec une extrême réserve.

L'un d'eux est relatif à un cocher qui gardait le lit depuis soixante-douze jours, quand il commença à faire usage de l'acide en question. Alors il était maigre, avait une dyspnée extrême, une toux continuelle, des crachats purulents, un râle caverneux au sommet des deux poumons, à droite surtout, avec pectoriloquie et égophonie inférieurement à gauche; des sueurs nocturnes, une diarrhée légère, le

(1) *Gazette médicale*, 1838, p. 721.

pouls à 100 le matin, à 130 dans la soirée, et de l'œdème aux membres inférieurs. Après huit jours d'usage de l'acide, on n'entendait, du côté droit, qu'un râle muqueux et légèrement caverneux ; après dix autres jours, les crachats, la toux, la fièvre, les cavernes avaient disparu, la respiration était assez libre, les forces revenaient. Après cinq nouveaux jours, le malade reprit son état de cocher, et sa guérison ne s'est pas démentie.

Qu'un malade, après soixante-deux jours passés au lit, recouvre assez rapidement ses forces sous l'influence d'une médication quelconque, cela n'a rien d'incroyable ; mais que cela arrive chez un sujet atteint d'une fièvre hectique par suite de tubercules, quand déjà de larges excavations ont lieu au sommet des deux poumons, cela dépasse toute croyance, cela ne saurait être admis, et il faut admettre que l'auteur, peu familiarisé peut-être avec l'auscultation, aura confondu la pectoriloquie et le gargouillement, avec d'autres bruits. La percussion a été omise, et il n'en faut pas davantage pour croire qu'en effet M. Fantonetti est peu familiarisé avec les moyens modernes d'exploration de la poitrine, sans quoi il n'eût pas manqué de pratiquer la percussion ; car un homme versé dans ces deux modes d'exploration ne saurait les séparer.

Je me crois dispensé, par cela même, de faire de nouvelles citations. M. Magendie, de son côté, dit avoir obtenu, au moyen de l'acide prussique, la guérison d'individus ayant tous les signes de la phthisie au premier degré, et même à un état plus avancé. J'ai été moins heureux, je n'ai obtenu aucun succès de l'acide prussique médicinal, considéré comme moyen curatif de la phthisie.

ART. IX. — *Créosote.*

La créosote a dû être essayée, comme la plupart des nouveaux médicaments, contre la phthisie. M. Rampold (1)

(1) *Gazette médicale*, 1837, p. 7.

assure qu'une longue expérience lui a appris que la créosote peut être utile dans certains cas ; mais on doit, dit-il, s'en abstenir quand il existe une toux sèche, un état d'éréthisme ou d'inflammation, ou quelque hémoptysie active ; tandis qu'on peut l'employer avec succès quand une masse tuberculeuse un peu considérable vient à se ramollir tout d'un coup, quand l'atonie et la dissolution prédominent, quand il n'existe aucun état inflammatoire. L'auteur expose ensuite l'histoire de deux malades, dont un a succombé, sans qu'on puisse en tirer quelque conséquence favorable à sa manière de voir.

M. Elliotson (1) a aussi essayé la créosote dans la phthisie ; et il assure que, sous l'influence de cette seule médication, un jeune homme qui portait une large caverne dans le poumon gauche, a guéri.

Mais en admettant comme vrai ce cas de tubercule et la guérison qui aurait suivi l'usage de la créosote, que conclure d'un fait unique dont j'ignore d'ailleurs tous les détails?

ART. X. — Iode.

Le docteur Gairdner a publié un mémoire intéressant (*Formulaire de M. Magendie*) sur l'effet de l'iode dans la phthisie. Le docteur Barron, de Londres, a aussi, dit-on, administré l'iode avec quelques succès dans la même maladie. Mais ces premiers essais exigent qu'on recueille de nouveaux faits pour savoir jusqu'à quel point on peut compter sur l'iode, dit M. Magendie, quand la phthisie est peu avancée (*Rev. médic.*, 1824, t. I, p. 490).

M. Desermon, ajoute le célèbre physiologiste, a obtenu de très bons effets, sur un jeune homme phthisique, de la potion suivante, qui était prise par cuillerées à café, d'heure en heure.

(1) *Gazette médicale*, 1838, p. 347.

Pr. Eau de laitue. . . . . 120 grammes.
Solut. d'hydriodate de pot. . . . 12 gouttes.
Acide prussique médic. . . . . . 10 à 12 gouttes.
Sirop de guimauve. . . . . . . 30 grammes.

MM. Guersant et Blache (1) disent que la phthisie pulmonaire, que l'on peut à tant de titres, selon eux, rapprocher des affections strumeuses, serait susceptible de modifications heureuses par l'influence des préparations d'iode, si l'on s'en rapporte à quelques observations de MM. Brera, Callaway, Benaben, Gairdner, Baron, Haden et Gassaud; mais ils ajoutent que ces résultats, qui reposent en général sur des faits incomplets et dépourvus de détails, ne sont pas de ceux que l'expérience a vérifiés.

M. Murray, dans sa dissertation sur l'influence de la chaleur et de l'humidité, etc., etc., assure avoir fait usage plusieurs fois des vapeurs d'iode avec avantage dans le cours de la phthisie, même dans des cas désespérés. Il en a toujours obtenu une amélioration, au moins passagère, dans l'état du malade; la toux a diminué, l'expectoration a été rendue plus facile, et le sommeil a été plus tranquille (2).

CHAPITRE II.

TRAITEMENT.

J'ai tâché, dans le chapitre précédent, d'apprécier la valeur des moyens qui ont été considérés, dans ces derniers temps, comme les plus capables d'agir avec efficacité sur la marche de la phthisie, ou même d'en amener la guérison; et l'on a vu s'évanouir successivement les espérances les mieux fondées en apparence. Ce n'est pas néanmoins une raison de désespérer de l'avenir et de croire qu'on ne trou-

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, art. Iode.
(2) *Archives de médecine*, [illegible], t. xxv, p. [illegible].

vera jamais un agent efficace à opposer à la phthisie une fois développée. Tout ce qu'on peut conclure du présent, c'est la nécessité de redoubler d'ardeur, d'apporter une plus grande exactitude dans les recherches médicales, de se livrer à ces travaux d'ensemble dont j'ai parlé (1), et sans lesquels l'étude de la phthisie, surtout celle de ses causes et de son traitement, ne sauraient, à l'avenir, faire de grands et solides progrès. En attendant ces grands travaux, que les médecins et les amis de l'humanité doivent presser de tous leurs vœux, je vais exposer au lecteur ce que l'expérience, une expérience qui malheureusement n'a rien de rigoureux, et il ne faut pas l'oublier, me permet de dire de plus plausible sur le traitement préservatif et palliatif de la phthisie.

ART. I. — Traitement préservatif.

Le traitement préservatif, à défaut d'une expérience rigoureuse, ne peut s'appuyer que sur la connaissance des causes prédisposantes de la phthisie; et, sous ce rapport, la médecine est, comme on l'a vu plus haut, dans l'enfance. Ce que nous savons de plus positif à cet égard, c'est que l'hérédité et le tempérament lymphatique forment réellement une prédisposition marquée au développement de la phthisie; en sorte que c'est surtout aux enfants lymphatiques et à ceux qui sont nés de parents phthisiques, que le traitement prophylactique doit être appliqué.

Suivant quelques médecins, rien ne serait plus facile que de modifier le tempérament lymphatique; tandis que l'expérience de tous les jours montre qu'en effet rien n'est plus difficile, alors même qu'on peut disposer de tous les moyens imaginables pour atteindre le but. Cependant, et malgré notre impuissance trop souvent constatée à cet égard, nous devons faire tous nos efforts pour amener la modification désirée; et, dans ce but, on doit compter princi-

(1) Avertissement de cette seconde édition.

palement sur une vie active, sur un régime assez succulent, les amers, un changement profond dans les habitudes, si le sujet est d'un certain âge, et sur une disposition bien entendue de l'habitation. S'il s'agit d'un enfant né de parents lymphatiques, ou qui comptent des phthisiques dans leur famille, on le confiera à une nourrice jeune et vigoureuse, qui offre, autant que possible, les traits du tempérament sanguin, et dont les parents, sous le rapport de la santé, ne laissent rien à désirer. Cette nourrice aura une nourriture aussi succulente que son estomac et ses habitudes le permettront; la chambre qu'elle habitera avec l'enfant sera grande, bien aérée, et, s'il se peut, exposée au midi; elle prendra tout l'exercice nécessaire à l'entretien de sa santé; l'enfant lui-même sera promené à l'air libre autant que possible, sans craindre une température un peu basse, si l'atmosphère est pure, sans brouillards et non agitée par un vent un peu violent.

Dès l'âge de sept à huit mois, on lui donnera, outre le sein de sa nourrice, un peu de bouillon de poulet avec ou sans pain, avec ou sans semoule; et l'on aura toujours soin de ne fermer son berceau que d'un côté, afin que l'air, incessamment renouvelé autour de lui, soit toujours pur. On ajoutera à ces soins l'usage des frictions sur le dos avec une flanelle sèche deux ou trois fois par jour.

Plus tard, quand l'enfant aura cessé d'avoir une nourrice, on lui donnera un mélange d'aliments gras et maigres, en surveillant avec beaucoup de soin ses digestions. Si l'appétit semblait inférieur à ce qu'il doit être à son âge, on lui donnerait deux fois le jour une petite quantité d'une très légère infusion amère, sans sucre, infusion à laquelle les enfants s'habituent sans peine, à laquelle il faudrait revenir assez fréquemment, et qui me paraît bien préférable aux sirops qu'on donnerait dans le même but. On joindrait à ces moyens, si le développement de l'enfant laissait encore à désirer, des lavages à l'eau salée,

fraîche, en ayant soin, toutefois, de ne les faire que quand la peau ne serait pas en moiteur, qu'elle serait parfaitement sèche.

On voit, par intervalles, des enfants de deux ans, quelquefois moins, quelquefois plus, ne pas dormir, sans qu'on puisse en trouver la cause dans une circonstance quelconque appréciable. Un pareil état de choses ne peut qu'être nuisible à la constitution, surtout à celle de l'enfant qui nous occupe, et il faut y porter remède le plus tôt possible. Quelques gouttes de sirop diacode, données deux ou trois jours de suite, suffisent ordinairement pour ramener le sommeil, et, avec lui, une amélioration notable dans la santé. L'usage de l'opium à cet âge de la vie, même en si petite dose, est déconseillé, il est vrai, par des médecins honorables, qui craignent de gêner, par cette pratique, le développement intellectuel de l'enfant : mais je puis les rassurer, ayant quelque expérience sur ce point ; la petite quantité d'opium que je conseille ne trouble pas, même momentanément, l'intelligence de l'enfant ; elle la rend plus complète au contraire, en lui permettant de s'exercer dans un état de santé plus parfait.

Plus tard encore, toujours en continuant l'habitation dans une chambre de bonne ou de grande dimension, exposée au midi (le lecteur n'oubliera pas que j'écris en France), on prescrira à l'enfant une alimentation dont la viande, et surtout la viande rôtie, formera une bonne partie ; on reviendra, par intervalles, aux infusions amères, aux lotions froides et salées ; on donnera un peu de vin de Bordeaux aux repas ; puis, vers sept ou huit ans, on aura recours aux exercices gymnastiques, sans en abuser toutefois ; en sorte qu'on y renoncera pendant l'été, à moins qu'on ne mette la natation parmi eux : car les bains de rivière ou de mer en été, ces derniers surtout, sont journellement d'une grande utilité, tandis que les exercices gymnastiques, proprement dits, en épuisant les forces, pendant

les grandes chaleurs, feraient plus de mal que de bien.

Au lieu de chercher par tous les moyens possibles à fortifier la constitution des enfants faibles, qui tirent leur origine de parents phthisiques, on a vu des médecins leur appliquer, dès la plus tendre enfance, puis entretenir indéfiniment, des vésicatoires aux bras. J'ai vu moi-même des cas de cette espèce, et des femmes nées dans l'opulence, chez lesquelles on avait ainsi entretenu, dès l'âge le plus tendre, un vésicatoire à l'un des bras, mourir phthisiques à vingt ans! On ne saurait trop déconseiller une semblable pratique, que l'expérience désavoue, et qui ne peut, en diminuant les forces, en altérant la constitution, qu'amener des résultats opposés à ceux qu'on se propose d'obtenir.

Les préparations ferrugineuses pourraient être substituées aux amers avec avantage, dans le cas où la pâleur serait un des traits dominants de l'enfant ou du jeune homme que l'on veut préserver de la phthisie.

Du reste, les circonstances dans lesquelles se trouve l'enfant dont il s'agit, n'empêchent pas de cultiver son intelligence; car l'étude entremêlée de jeux est plus favorable que nuisible à la santé. On en a la preuve bien sensible à Paris, dans les pensionnats destinés aux jeunes filles : celles-ci y sont généralement mieux portantes que chez leurs parents, très probablement à cause des habitudes régulières de ces établissements, d'où sont écartés les plaisirs qui exigent les veilles, amènent la fatigue et détériorent la constitution.

Des habitudes régulières, un temps convenablement partagé entre l'étude et les exercices du corps, un logement bien exposé et bien aéré, une alimentation assez succulente, quelques boissons amères et ferrugineuses, les bains frais ; voilà donc ce qu'il faut recommander à tous les âges de la vie, surtout aux personnes qui ont un tempérament lymphatique, ou dont les parents, père, mère ou autres, ont succombé à la phthisie.

On a pu croire autrefois qu'il suffisait aux personnes d'une constitution faible, de passer d'un pays froid dans un pays chaud, pendant l'hiver, pour se mettre à l'abri des tubercules : mais aujourd'hui cette croyance est bien ébranlée, chez les personnes du monde elles-mêmes, et elle ne peut plus être celle des médecins, depuis que des relevés statistiques ont appris que la phthisie règne dans les pays chauds comme dans les pays froids, qu'elle atteint les soldats du Nord transportés dans le Midi, à peu près comme s'ils fussent restés dans leur pays natal. Néanmoins, comme un changement de climat amène aussi nécessairement une modification plus ou moins profonde dans les habitudes ; comme l'habitation d'un pays chaud, pendant l'hiver, permet de prendre l'exercice en plein air, pendant de longs jours qui obligent presque nécessairement au repos dans les pays froids et humides, il faut admettre que les personnes faibles qui habitent un pays froid, doivent se bien trouver de l'habitation d'un pays chaud en hiver ; et, sans avoir la certitude, à beaucoup près, de les préserver de la phthisie en leur conseillant d'habiter le Midi dans cette saison, on peut et l'on doit, dans certains cas, leur conseiller ce déplacement. Ainsi, on a vu, me disait dernièrement le docteur Schédel, le dix-septième enfant d'une famille dont seize avaient succombé de bonne heure à la phthisie, et à la même époque de la vie, on a vu ce dix-septième enfant, envoyé très jeune loin de sa patrie, échapper à la maladie dont ses aînés avaient été les victimes. On peut se demander, il est vrai, s'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence, et avec d'autant plus de raison qu'un fait isolé ne peut que bien rarement être interprété d'une manière rigoureuse.

Quant aux causes excitantes, à celles du moins que les auteurs, pour la plupart, considèrent comme telles, le catarrhe pulmonaire, la pneumonie, la pleurésie, etc., etc., il faut prendre toutes les précautions possibles pour les éviter ; non, il est vrai, comme causes excitantes de la phthi-

sie, nous avons vu qu'il n'était pas possible de leur attribuer ce caractère; mais parce que ce sont des maladies dont quelques unes sont graves; qu'à raison de la faiblesse qu'elles entraînent, et qui peut persister longtemps, elles doivent altérer plus ou moins la constitution et prédisposer aux maladies les plus variées. Je rappellerai d'ailleurs qu'un mouvement fébrile longtemps prolongé, qui a si souvent pour résultat, suivant toutes les apparences, le développement d'une maladie aiguë, peut aussi être une cause excitante de tubercules (page 606); que c'est une raison nouvelle de faire tous ses efforts pour éviter les maladies qui en sont accompagnées.

Il n'est pas très rare de voir des femmes nourrices, d'une constitution faible, à quelque classe de la société qu'elles appartiennent, devenir phthisiques dans le cours de l'allaitement; et l'on ne manque pas alors d'attribuer la phthisie à cette fonction. Faudra-t-il donc, dans la crainte de la phthisie, empêcher une femme qui n'est pas très forte de nourrir son enfant? Je remarquerai d'abord qu'il ne manque pas d'exemples de femmes un peu délicates qui ne se portent jamais mieux que pendant l'allaitement; que l'allaitement ayant généralement lieu à l'époque de la vie où l'affection tuberculeuse est le plus fréquente, il est inévitable que celle-ci se développe quelquefois pendant son cours; autrement il faudrait admettre que l'allaitement en est le préservatif. Il est encore vrai de dire que la phthisie se développe quelquefois chez les femmes d'une constitution forte, pendant qu'elles allaitent leurs enfants; en sorte que s'il ne s'agissait que de la mère, je dirais qu'une constitution un peu délicate ne doit pas l'empêcher d'essayer l'allaitement. S'il s'agit de l'enfant, il se pourrait encore que le sein de sa mère, surtout si elle ne compte pas de tuberculeux dans sa famille, lui valût mieux que celui d'une autre nourrice; mais comme cela n'est pas prouvé, il vaut mieux, dans l'ignorance où nous sommes à cet égard, don-

ner à l'enfant une nourrice étrangère qui réunisse les conditions indiquées plus haut.

Les préceptes exposés dans cet article peuvent être suivis par les personnes qui sont dans l'aisance; mais quels conseils donner aux gens de la classe ouvrière pour leurs enfants, quand leur tempérament ou leur origine doit faire redouter une disposition plus particulière à la phthisie? Avant tout il faudrait, ce me semble, moraliser le peuple, pour le détourner des excès qui détruisent si souvent sa santé, pour l'engager à faire des économies, sans lesquelles il ne peut assez souvent satisfaire à ses besoins : jusque là, et dans le but qu'il s'agit d'atteindre en ce moment, on ne pourrait que conseiller aux personnes de la classe ouvrière de donner à leurs enfants un état plutôt qu'un autre, de choisir celui qui offre réunies le plus grand nombre de bonnes conditions hygiéniques.

ART. II. — Traitement palliatif.

Si, dans l'état actuel de la science, on ne peut nourrir l'espoir de guérir la phthisie, on peut au moins espérer en ralentir la marche, à l'aide de soins bien entendus. Mais pour ne pas se faire illusion sur la valeur des agents thérapeutiques employés au traitement des tubercules, il faut se rappeler que dans un certain nombre de cas, cette maladie s'arrête d'elle-même dans sa marche, ne montre aucune tendance à une terminaison funeste; que, d'un autre côté, après être restée stationnaire pendant un espace de temps quelquefois considérable, elle peut marcher ensuite avec beaucoup de rapidité, sans qu'on puisse se rendre compte d'un changement si profond. Il faut d'ailleurs, dans l'exposition du traitement comme dans celle de l'histoire de la maladie, admettre plusieurs époques, une première et une seconde période; se rappeler que l'affection tuberculeuse a deux formes principales, l'une aiguë, l'autre chronique; qu'elle peut être simple, en quelque sorte, ne donner lieu

qu'à un assez petit nombre de symptômes ; tandis que dans le plus grand nombre de cas, ses symptômes sont très nombreux.

§ I. Phthisie à marche plus ou moins chronique.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Au commencement de cette période, quand les signes tirés de l'auscultation et de la percussion sont à peine suffisants, réunis aux crachats et aux autres symptômes, pour se faire une idée nette de l'affection, si le mouvement fébrile est nul ou peu considérable, s'il n'y a pas de vives douleurs de poitrine, de diarrhée, si le sujet à traiter est d'un tempérament lymphatique et d'une constitution médiocrement forte, les boissons légèrement toniques, comme une infusion d'herbe de petite centaurée ou autre analogue, sont indiquées ; et, pour peu que la toux soit incommode, il faut avoir recours, le soir principalement, à quelques préparations d'opium, ou au stramonium, quand le premier de ces médicaments, ce qui est rare, n'a pas beaucoup diminué la toux. Souvent l'opium amène un soulagement si considérable dans les symptômes, que les malades se croient guéris ou presque guéris, après avoir pris quelques doses de ce médicament ; doses qui doivent varier suivant les personnes, de manière qu'en commençant, et jusqu'à ce qu'on connaisse bien la susceptibilité des malades pour les préparations opiacées, 2 centigrammes suffisent pour un adulte. Mais si cette première dose n'amène pas de soulagement, on l'augmente successivement, en donnant 4, 6, 8 centigrammes et plus, d'extrait thébaïque, s'il n'y a pas de contre-indication.

Dans quelques cas, l'opium donné en lavement soulage plus rapidement et plus complètement que lorsqu'il est pris par la bouche ; il faudrait donc l'appliquer sur le rectum, aux doses indiquées, si l'on n'avait pas réussi en le donnant en potion ou en pilules.

L'inspiration des vapeurs aqueuses ou de celles qui s'échappent d'une infusion narcotique, devrait encore être employée une ou plusieurs fois le jour, pendant six, huit ou dix minutes chaque fois, si la toux continuait à être incommode, malgré le régime et les préparations narcotiques.

J'ai conseillé, tout-à-l'heure, l'usage d'une infusion amère, c'est-à-dire une boisson un peu différente de celles qu'on prescrit ordinairement à pareille époque de la maladie. Je dois revenir sur ce point.

Et d'abord, c'est un fait généralement admis aujourd'hui, sur lequel les meilleurs esprits sont à peu près unanimes, que la phthisie, ou si l'on veut l'affection tuberculeuse, est une maladie générale; qu'ainsi les remèdes locaux sont insuffisants; qu'il faut s'efforcer de modifier plus ou moins profondément la constitution, pour arrêter la maladie dans sa marche. J'ai supposé qu'il s'agissait, dans ce moment, de traiter un sujet peu fort, d'un tempérament lymphatique, ou né de parents phthisiques; c'est-à-dire placé dans une des circonstances qui favorisent le développement de la maladie, et peut-être aussi sa marche quand elle est développée : je dois, dans ce cas, au lieu de boissons mucilagineuses et de la diète lactée, prescrire des boissons et un régime un peu toniques, en observant avec attention leur effet sur les malades. Une autre conduite serait en contradiction avec les faits, avec ce qu'on sait de plus positif sur les causes des tubercules. Je ne conseille donc pas, ou même je déconseille le lait d'ânesse; à moins d'une susceptibilité extrême de l'estomac, et telle qu'il ne puisse s'accommoder d'une autre nourriture; ce qui est heureusement fort rare. Je le déconseille surtout à Paris, et généralement dans les très grandes villes, parce qu'il arrive sans doute pour les ânesses ce qui arrive pour les vaches, qui, au rapport des hippiatres, meurent presque toutes phthisiques dans les grandes villes. Leur lait, par cela

même, m'est suspect, et je dois y renoncer dans les grands centres de population.

On pourrait encore, à la tisane amère, dont les malades prendront deux ou trois petites tasses par jour, joindre l'eau ferrée aux repas, ou les eaux minérales ferrugineuses de Bussang, de Spa, de Pougues, etc. ; ou quelque préparation ferrugineuse artificielle, et, de préférence, le proto-iodure de fer, encore qu'il ne soit pas suffisamment prouvé, à beaucoup près, qu'il ait une action spéciale sur la marche de la phthisie et supérieure à celle des autres préparations du même métal.

Si, d'ailleurs, la soif était un peu vive le soir, comme on le voit si ordinairement, on donnerait, pour l'apaiser, une boisson délayante, la solution d'un sirop quelconque, à la température de l'appartement, ou une infusion très légèrement amère qui atteint souvent mieux que les boissons les plus agréables, le but qu'on se propose ici ; ou un peu de bouillon de poulet très léger, frais, que quelques personnes préfèrent aux autres boissons.

Les cautères, qui ont été considérés par plus d'un médecin comme prophylactiques, mais sans raison suffisante, sont encore prescrits tous les jours, à toutes les périodes de la phthisie, dans le but de l'arrêter dans sa marche, ou d'en retarder l'issue funeste. Cette pratique ne me paraît pas fondée sur une expérience véritable, et je ne saurais la conseiller. Tous les jours, en effet, on voit arriver dans les hôpitaux, des phthisiques auxquels on a appliqué des exutoires aux bras ou sous les clavicules, à une époque rapprochée du début, sans que la marche de l'affection en ait paru modifiée un instant. Ce qu'on observe dans les hôpitaux, on l'observe aussi dans la ville; en sorte que, dans aucun cas, je n'ai vu survenir, à la suite de l'emploi des cautères sous les clavicules ou aux bras, une amélioration qui pût leur être légitimement attribuée. Il faut donc y renoncer, malgré l'usage, ou, tout au moins, n'y consen-

tir que pour céder aux vœux des malades et surtout de leur famille ; car dans le traitement d'une affection qui se termine presque toujours d'une manière fâcheuse, il importe d'éviter des regrets qui, pour être sans fondement, n'en seraient pas moins cruels. Et d'ailleurs, en appliquant des exutoires de peu d'étendue, et en en surveillant la suppuration, on peut les rendre à peu près sans inconvéniens pour les malades.

Il importe beaucoup de préserver les phthisiques des intempéries, des variations brusques de l'atmosphère, et de leur faire porter de la flanelle, s'ils n'en ont déjà l'habitude, au moins pendant la saison froide : car pendant l'été, la flanelle peut être remplacée par un tissu beaucoup moins chaud. Dans la pratique ordinaire, la flanelle est appliquée sur la moitié supérieure du corps, tandis que quelques praticiens, peu nombreux il est vrai, mais d'un grand mérite, préfèrent l'appliquer sur sa moitié inférieure, dans l'intention de produire une sorte de dérivation sur ces parties, en faveur de la poitrine. Mais si l'on n'oublie pas que les congestions inflammatoires qui s'opèrent quelquefois, pendant le cours de la phthisie, sur des organes plus ou moins éloignés des poumons, n'empêchent pas l'affection principale de suivre sa marche, on aura bien peu de confiance dans l'emploi d'un moyen qui, au premier abord, peut avoir quelque chose de spécieux, mais qui n'a pas reçu, à beaucoup près, ce me semble, la sanction de l'expérience ; et l'on n'hésitera pas à prescrire, suivant la pratique ordinaire, l'application de la flanelle sur la poitrine, application si incontestablement utile dans le catarrhe pulmonaire.

Le passage d'un pays froid dans un pays chaud, pendant la saison rigoureuse, peut encore concourir au même but, aider à préserver les malades des intempéries atmosphériques ; et il a nécessairement de l'avantage sous ce rapport, indépendamment de l'influence heureuse que peut avoir sur la constitu-

tion, un changement profond dans les habitudes. L'habitation d'un climat doux en hiver ne dispense pas, il est vrai, de beaucoup de précautions; mais elle permet, quand l'affection est encore à son début, quand le mouvement fébrile est nul ou peu considérable, la perte des forces médiocre, elle permet l'exercice en plein air, la plus grande partie de la saison rigoureuse; elle concourt ainsi à l'entretien des forces, peut-être même à écarter les complications thoraciques, sinon toujours, au moins fréquemment; et, sous ce rapport, le passage d'un climat froid dans un climat plus doux, en hiver, peut avoir une certaine utilité. Il ne faut donc pas hésiter à le conseiller aux personnes dont la fortune permet toute espèce de sacrifice, tout en avertissant les familles de l'incertitude du succès. Tous les jours, en effet, nous envoyons dans les pays chauds des malades atteints de tubercules avec des résultats très variés. Ceux qui n'offrent encore que quelques signes physiques de cette affection, qui ont peu ou point de fièvre, paraissent souvent se bien trouver du séjour à Nice, à Pise, à Rome, à Hyères, à Pau, etc., etc., pendant l'hiver; sont ou un peu mieux, ou ne sont pas plus mal, à la fin de cette saison, que dans l'automne: mais ces personnes étaient, en quittant le pays qu'elles habitent ordinairement, dans les conditions les plus favorables, ayant peu ou point de fièvre, étant du nombre de celles dont l'affection peut traîner en longueur dans tous les climats et dans toutes les classes de la société, comme j'en ai donné des exemples remarquables, quand il s'est agi de la marche de la phthisie. Quand les malades sont dans des conditions différentes, quand les signes physiques de la phthisie sont manifestes depuis quelque temps, que la maladie est peu ancienne, et néanmoins accompagnée d'un amaigrissement assez notable, de fièvre, etc., le résultat est alors très différent; les symptômes continuent presque toujours à s'aggraver, même au milieu des circonstances les plus capables, en apparence, de les modifier, de les faire

rétrograder ; de manière que sans nier l'influence heureuse du passage d'un climat froid dans un climat doux, sur la marche des tubercules, on peut dire que cette influence est douteuse, malgré les faits merveilleux, en quelque sorte, qu'on cite par intervalles, et qui, par leur rareté même, ne prouvent absolument rien; puisqu'on peut en citer dans tous les climats, dans une proportion ignorée jusqu'ici, proportion qu'il faudrait connaître, pour décider rigoureusement l'influence des climats doux sur la marche de la phthisie. Jusque là, évidemment, jusqu'à ce qu'on connaisse la proportion des cas de phthisie qui s'arrêtent dans leur marche, chez les personnes qui passent l'hiver dans un pays froid, et chez celles qui le quittent pour habiter un pays chaud, *toutes choses égales d'ailleurs;* jusque là, on n'aura que des à-peu-près, des manières de voir, et rien de positif au sujet de l'influence réelle des climats doux, en hiver, sur la marche de la phthisie.

D'autres faits, un peu différents de ceux qui ont été exposés jusqu'ici, montrent encore toute la réserve qu'il est nécessaire d'apporter, quand il s'agit d'apprécier l'influence du changement de climat ou du passage d'un pays froid dans un pays chaud, sur les tubercules : ainsi, j'ai vu des femmes atteintes de phthisie depuis quelque temps, passer deux hivers successifs dans les pays chauds, revenir ensuite à Paris avec des lésions locales un peu plus marquées qu'à leur départ, passer deux hivers consécutifs dans la capitale, dans un logement convenable, et y tousser *moins, se porter mieux* que dans le Midi. N'a-t-on pas, en effet, dans ces cas, une double preuve du peu d'influence des climats chauds, en hiver, sur la marche des tubercules, chez les personnes qui habitent ordinairement un pays froid ou tempéré?

Ce que je viens de dire des pays chauds, je puis le répéter des *voyages sur mer*, vantés outremesure, et peut-être tout-à-fait gratuitement, par les médecins qui ont écrit sur la phthisie. Rien n'est incontesta-

blement prouvé à cet égard, par plusieurs des raisons indiquées ci-dessus, et sans doute aussi parce que, dans un bon nombre de cas, il y a eu erreur de diagnostic; erreur, il faut le dire, que l'on commet encore assez fréquemment de nos jours. Ainsi, tout dernièrement, j'ai vu un malade arrivant d'Amérique, qui se croyait guéri d'une affection tuberculeuse pour laquelle on l'avait envoyé en Europe, et qui n'avait eu, en réalité, qu'un simple catarrhe pulmonaire, beaucoup moindre à son arrivée qu'à son départ. Je ne nie pas l'influence de la navigation sur la marche de la phthisie, mais je dis que cette influence n'est pas démontrée, et qu'il faut en appeler à l'expérience, à une expérience véritable et non trompeuse, sur la valeur de ce moyen, comme agent thérapeutique.

Mais en admettant l'utilité, malheureusement très limitée, suivant toutes les apparences, du passage d'un pays froid dans un pays chaud, sur la marche de la phthisie, tous les malades ne peuvent pas y avoir recours, et, dès lors, la plupart doivent redoubler de précautions pendant l'hiver, pour amoindrir les inconvénients du climat; habiter, s'il se peut, une chambre exposée au midi et de bonnes dimensions; ne jamais sortir par les brouillards, les temps humides et froids: tandis qu'ils peuvent et doivent sortir par les temps doux et un peu humides, surtout par un froid sec, si cependant le froid n'est pas trop vif, pendant que le soleil est sur l'horizon; et toujours dans la supposition où les forces ne sont pas trop détériorées, où les malades n'ont que peu ou point de fièvre. On sent, par cela même, que ces malades ne peuvent pas être mis à une diète sévère; seulement on doit proportionner les aliments à leur appétit et à l'énergie de leur estomac, leur donner, de préférence, ceux qui nourrissent beaucoup sous un petit volume; et s'ils sont lymphatiques ou nés de parents phthisiques, on leur conseillera les viandes faites et rôties, de préférence aux autres et aux légumes; sans néanmoins exclure ces derniers. Si les

malades boivent à leurs repas de l'eau de Bussang, ou autre un peu tonique, on pourra se dispenser de leur donner un peu de vin mouillé de beaucoup d'eau; dans le cas contraire, on leur en donnerait en petite quantité, le matin surtout, à l'heure du meilleur repas; car celui du soir doit toujours être très léger, à raison du mouvement fébrile plus ou moins considérable qui survient à cette époque de la journée.

J'ai supposé jusqu'ici que le mouvement fébrile était peu considérable; dans le cas contraire (on sait que le mouvement fébrile est quelquefois assez considérable au début de la phthisie, alors même qu'elle ne marche pas avec beaucoup de rapidité), tout en conservant les préparations calmantes, opiacées ou autres, et les fumigations aqueuses ou narcotiques, on substituerait aux boissons toniques une infusion pectorale, ou la solution d'un sirop quelconque agréable, ou une très légère infusion de feuilles d'oranger; sans pour cela avoir recours aux émissions sanguines, à moins de quelques signes de pléthore, ou de quelques uns des accidents dont il sera question tout-à-l'heure. Dans les mêmes circonstances, s'il y avait peu d'appétit, on se bornerait à de légers bouillons, ou à un peu de semoule très peu épaisse, au maigre ou au gras, à quelques cuillerées de crème, d'œufs au lait, de gelée de viande ou à la colle de poisson, à quelques huîtres, etc., etc.; car il faut se rappeler que nous n'avons pas affaire à une maladie inflammatoire, que, dès lors, la diète ne saurait être exactement la même que dans ce genre d'affection.

J'ai admis, dans tout ce qui précède, que le cas était simple; mais il n'en est pas toujours ainsi: des accidents graves, des symptômes secondaires d'une grande importance, surviennent quelquefois, même dans cette première période de la maladie; il faut les combattre assez souvent avec énergie. Je vais rappeler les principaux.

L'*hémoptysie*, quand elle est peu considérable, cesse

bien souvent d'une manière spontanée, et n'exige pas, dès lors, de grandes modifications dans le traitement. Quelques bains de pied d'une demi-heure et maintenus très chauds, des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs, des lavements laxatifs, des boissons fraîches un peu aigrelettes, le repos de l'esprit et du corps, le silence, suffisent, ordinairement, pour mettre fin à une semblable hémorrhagie. Mais quand l'hémoptysie est grave, quand les malades perdent 100, 200, 300, 500 grammes de sang et plus, en vingt quatre heures, quelquefois en beaucoup moins de temps : quand surtout l'abondance de l'hémoptysie peut faire craindre la suffocation, il n'en peut plus être ainsi, les secours doivent être prompts et énergiques.

La saignée est assurément un des moyens les plus universellement employés pour combattre l'hémoptysie grave, et bien que ce soit trop souvent sans succès, on ne saurait guère se dispenser d'y recourir, quand les sujets conservent un certain degré de force, qu'ils ont un certain embonpoint : si alors la saignée n'arrête pas l'hémoptysie, elle n'a pas, du moins, beaucoup d'inconvénients. Mais quand les malades sont d'une constitution primitivement faible, ou affaiblie par la maladie, la saignée, si elle ne réussit pas tout d'abord, pourrait avoir des inconvénients graves, et alors il faut recourir, en premier lieu, à une potion additionnée d'extrait de ratanhia, de tannin et autres médicaments analogues, à doses progressivement croissantes, aux boissons froides, acidulées ou astringentes, comme la limonade citrique ou sulfurique, la décoction d'écorce de grenade, de cachou, etc. Les lavements purgatifs, en produisant une déplétion plus ou moins rapide, peuvent encore avoir de l'avantage. Il en est de même des moyens qui déterminent, pendant un certain temps, la stase du sang dans les membres inférieurs; comme les grandes ventouses, les ligatures plus ou moins serrées. Ces divers agents, auxquels on peut joindre l'application des sinapismes aux membres inférieurs, même celle

des vésicatoires, infiniment trop vantés par Morton, la poudre de seigle ergoté, etc., etc., doivent être employés simultanément, car l'hémoptysie est grave, les jours du malade semblent menacés; on ne saurait, dans des circonstances semblables, vouloir apprécier l'influence de chacun des moyens indiqués en particulier, avant de passer à un autre; le temps presse, il faut recourir à une méthode éminemment perturbatrice, et, par conséquent, employer à la fois un grand nombre de moyens qui pourraient peut-être atteindre le but, si on les prescrivait isolément. J'ajoute que si le péril était véritablement imminent, ou si l'hémoptysie, sans être extrêmement grave, ne cédait à aucun des moyens qui viennent d'être indiqués, on devrait faire, sans hésiter, une application de glace sur la poitrine : pratique plus effrayante que périlleuse, à laquelle j'ai eu recours quelquefois avec succès, à laquelle on ne peut guère recourir, néanmoins, que quand les malades conservent encore un certain degré de force.

On sait d'ailleurs, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point, que les moyens qui viennent d'être énumérés, à part la glace, doivent être continués, après la cessation de l'hémoptysie, pendant un certain espace de temps; que les malades doivent garder, pendant plusieurs jours encore, un silence absolu; qu'ils ne doivent exécuter que les mouvements indispensables pour satisfaire leurs besoins, et n'aller à la selle qu'à l'aide de lavements simples, pour éviter toute espèce d'efforts inutiles.

Cependant, on a vu l'hémoptysie, rebelle aux moyens les mieux indiqués en apparence, céder tout d'un coup à un émétique; et M. Rufz, dans l'excellent travail déjà cité, sur la phthisie de la Martinique, rapporte des faits de ce genre, dont la réalité ne saurait être contestée. Faudrait-il donc, dans des cas analogues, recourir au même moyen? Cette pratique est si fort en opposition avec la pratique ordinaire, avec les principes qui nous guident dans des cas

semblables, qu'on hésite nécessairement à recommander l'usage d'un agent qui semble plutôt fait pour augmenter que pour faire cesser le péril qu'il s'agit de conjurer. Mais le péril est extrême, le traitement dit rationnel a échoué ; pourquoi, dans des circonstances aussi graves, quand il semble désormais impossible d'attendre quelque chose des efforts de la nature et de l'art, pourquoi ne pas avoir recours à un moyen qui a été quelquefois employé avec succès, et qui, par conséquent, offre encore quelques chances de salut?

Si les *douleurs de côté*, qui sont si fréquentes chez les tuberculeux, et qui sont ordinairement la suite d'une pleurésie sèche, venaient à s'accompagner d'un *épanchement* plus ou moins considérable, et d'un mouvement fébrile de quelque importance, on aurait recours au traitement antiphlogistique, en le proportionnant à l'intensité de la fièvre; sans oublier, toutefois, la cause de la pleurésie, la faiblesse au milieu de laquelle elle est survenue, sa durée, presque inévitablement longue; afin de ne pas plonger le malade dans une faiblesse qui pourrait être irremédiable. Les sangsues, appliquées sur le point douloureux, seraient préférables à la saignée, si la douleur était très vive et le mouvement fébrile médiocre, si, surtout, les sangsues ne produisaient pas beaucoup d'agacement. Dans le cas contraire, si l'agacement produit par l'application des sangsues était ordinairement considérable chez la personne malade, on lui ferait prendre quelques centigrammes d'extrait gommeux d'opium, ou d'une autre préparation calmante, avant leur application; on joindrait aux émissions sanguines les diurétiques, parmi lesquels la poudre ou la teinture de digitale pourraient mériter la préférence; et on envelopperait le côté malade avec un morceau de sparadrap de diachylon, ou avec un emplâtre de ciguë et de savon médicinal.

Si la pleurésie était sans épanchement et accompagnée

d'un mouvement fébrile peu considérable, on se bornerait à des cataplasmes émollients ou sinapisés, sur le point douloureux ; ou bien encore on aurait recours aux vésicatoires volants. On ne s'adresserait aux sangsues qu'autant que la douleur résisterait aux moyens qui viennent d'être indiqués, et on les appliquerait en très petit nombre : d'une part, parce que l'expérience journalière montre qu'il est possible d'atteindre le but qu'on se propose au moyen de cinq ou six sangsues ; et, de l'autre, parce que les douleurs dont il s'agit peuvent se renouveler fréquemment dans divers points de la poitrine, et que s'il était nécessaire de revenir plusieurs fois à l'application du même moyen, on affaiblirait le malade sans nécessité, en l'employant trop largement.

Si la *pneumonie* survenait dans la période qui nous occupe, on aurait encore recours au traitement antiphlogistique, dont on proportionnerait l'énergie à la violence des symptômes ; tout en se rappelant que la pneumonie des tuberculeux, qui survient dans la première période de l'affection, est généralement moins grave que celle qui se développe dans l'état de santé, et exige, par cette raison, et à cause de la faiblesse plus ou moins considérable des malades qui en sont atteints, un traitement moins énergique que dans cette dernière circonstance. Les autres agents thérapeutiques seraient les mêmes que dans les cas les plus ordinaires, et le tartre stibié pourrait et devrait être employé à haute dose, si les saignées avaient eu peu d'influence sur la marche de la maladie, et si la faiblesse du malade exigeait qu'on les ménageât beaucoup.

La *diarrhée*, qu'il est si ordinaire d'observer dans la seconde période de la phthisie, survient assez souvent dans la première, quelquefois même, comme cela a été dit plus haut, à son début, et le plus ordinairement sans doute par suite d'ulcérations intestinales. Cette espèce de diarrhée, qui tient à la nature de l'affection principale, devrait être com-

battue principalement par les moyens propres à arrêter celle-ci dans sa marche : mais comme, dans l'état actuel de la science, ces moyens sont inconnus, on ne peut généralement opposer au symptôme, souvent formidable, qui nous occupe, que des palliatifs. Si donc le mouvement fébrile n'avait pas sensiblement augmenté, au début de la diarrhée, s'il n'y avait, alors, que quelques légères coliques, on pourrait croire que le nouveau symptôme à combattre, est surtout le résultat du développement de tubercules intestinaux plus ou moins nombreux, ou, tout au moins, que l'inflammation de la muqueuse intestinale n'y a que peu de part; et l'on se bornerait à diminuer et à modifier un peu l'alimentation, en proscrivant toute espèce de légumes verts, et, généralement, tout ce qui laisse un résidu plus ou moins considérable après soi : on donnerait pour boisson l'eau de riz sucrée, acidulée avec le jus de citron, ou la solution de sirop de coing, ou la décoction blanche, etc. : on administrerait, dans des quarts de lavements de lin, quelques gouttes de laudanum de Sydenham, de six à dix en commençant, suivant la susceptibilité du malade à ce médicament ; et l'on ne suspendrait pas complètement les légers toniques qui ont été indiqués au commencement de cet article. Si, au contraire, l'intensité du mouvement fébrile et la violence des coliques pouvaient faire redouter une inflammation un peu étendue de la membrane muqueuse de l'un ou de l'autre intestin, on supprimerait, au moins pour quelque temps, toute espèce d'alimentation, les infusions amères et les ferrugineux ; et on prescrirait des boissons délayantes, ou celles dont il a été question tout-à-l'heure, les applications émollientes ou narcotiques sur l'abdomen, les potions opiacées ; on appliquerait même quelques sangsues sur l'abdomen, et on aurait recours aux bains entiers pris à une douce température, si les autres moyens n'avaient pas été suivis d'un soulagement assez prompt.

Les *sueurs* qui surviennent dans cette première période de la maladie, réclament aussi bien que la diarrhée toute l'attention des médecins, quand elles sont abondantes. Comme les diarrhées, elles tiennent au génie même de l'affection principale, et sont, par cela même, bien difficiles à combattre. Une première mesure à prendre, c'est d'éloigner tout ce qui pourrait concourir à favoriser le développement du symptôme à combattre. Ainsi, l'appartement du malade ne sera pas trop chaud; son lit n'aura de couvertures qu'autant qu'il lui en faudra pour éviter le froid; ses boissons seront prises à la température de l'appartement, et non pas tièdes, à moins, ce qui est bien rare, que les boissons un peu fraîches n'occasionnent la toux. Les boissons amères et les préparations martiales seront continuées, s'il n'y a pas de contre-indication, si la diarrhée, qui complique si souvent les sueurs, ne s'y oppose pas. Puis, on aura recours aux préparations astringentes, parmi lesquelles l'acétate de plomb cristallisé a joui, il y a quelques années, d'une renommée aujourd'hui bien tombée; on le prescrira d'abord à la dose de 5 à 10 centigrammes en pilules, le soir; puis on augmentera cette dose successivement. Si, à celle de 3 à 4 décigrammes, on n'en obtient aucun succès, on prescrira la poudre d'agaric blanc à dose double ou triple, ou l'infusion froide de quinquina, celle de menthe, la décoction de cachou, ou même une limonade sulfurique gommée, légère; et on continuera l'alimentation ordinaire, si l'état du ventre le permet.

La *péritonite chronique*, quelle qu'en soit la cause excitante, qu'elle se développe indépendamment des tubercules sous-péritonéaux, ou avec eux, tient encore plus que les symptômes précédents, en quelque sorte, au génie de l'affection principale, puisqu'elle est propre aux phthisiques; et les agents thérapeutiques qu'on peut lui opposer sont, par cela même, encore plus insuffisants. Comme les douleurs qui en accompagnent le développement sont généra-

lement légères, on doit se borner, dans les cas les plus ordinaires, à des applications locales émollientes et narcotiques, à des demi-lavements de même espèce, à des potions calmantes, aux boissons délayantes. On ne recourrait aux sangsues qu'autant que les douleurs auraient quelque vivacité; et, alors, on les appliquerait en petit nombre, afin de ne pas épuiser les forces du sujet, s'il était nécessaire de revenir, à plusieurs reprises, à cette application. On aurait soin aussi, dans le cas où il n'y aurait pas de diarrhée, de maintenir le ventre libre au moyen de lavements simples; car les adhérences, qui sont la suite inévitable de l'inflammation chronique du péritoine, gênent la progression des matières fécales et exigent des soins particuliers sur ce point.

La *méningite* tuberculeuse se développe aussi quelquefois, comme on l'a vu plus haut, dans cette première période; elle menace bien prochainement les jours des malades, et malheureusement, ici encore, la thérapeutique doit se déclarer impuissante: on ne peut espérer, à l'aide des moyens les mieux indiqués, que retarder l'issue funeste de la maladie, en diminuant la congestion cérébrale. Dans ce but, on aura recours aux révulsifs appliqués aux membres inférieurs, aux légers laxatifs, aux applications froides sur le front, aux sangsues derrière les oreilles, dont on proportionnera le nombre à la violence du mouvement fébrile, des symptômes locaux, et à la force des malades.

Si les *fonctions digestives* sont troublées, sans que le mouvement fébrile soit considérable, sans que les malades éprouvent les symptômes d'une gastrite ou d'un embarras gastrique, sans que la membrane muqueuse de l'estomac paraisse évidemment altérée, comme on l'a vu dans plusieurs cas de phthisie latente; si, alors, les infusions amères ou les extraits de même espèce ne suffisent pas pour relever l'énergie de l'estomac, on aura recours aux eaux minérales, à l'eau naturelle de Vichy (de la source des Célestins), à l'eau

de Bussang, à l'eau de Seltz naturelle ou artificielle, aux repas ou dans leur intervalle, coupée ou non coupée avec un peu d'eau ordinaire, ou une petite quantité de vin; sans craindre d'exciter la toux. J'ai fait prendre l'eau de Seltz à plusieurs centaines de phthisiques, à l'hôpital ou dans la ville, sans la provoquer, sans le moindre inconvénient, et avec un avantage marqué pour la régularité, et la facilité des digestions: et quand j'insistais auprès des malades pour savoir la vérité sur ce point, quand, après avoir reçu d'eux, pour première réponse, qu'ils ne toussaient pas davantage, quelquefois moins, depuis l'administration de l'eau de Seltz qu'auparavant; quand, alors, je paraissais douter de la sincérité de leur déclaration, ils la soutenaient avec une énergie qui ne pouvait permettre le doute sur son exactitude. J'insiste sur ce point, parce que c'est chose reçue dans le monde et parmi les médecins, pour la plupart, que les boissons acides ou aigrelettes augmentent la toux, quelle qu'en soit la cause; qu'on ne peut pas, en conséquence, les prescrire aux tuberculeux; tandis qu'en réalité ces boissons sont bien supportées, que si elles excitent la toux, ce n'est que par une exception si rare que je n'en connais pas deux exemples: aussi je n'hésite pas à permettre aux phthisiques dégoûtés des aliments doux, des mets accommodés avec un peu d'huile et de vinaigre, et je suis encore à trouver un inconvénient à cette pratique.

Quant aux vomissements non bilieux, qui ne surviennent que pendant les quintes de toux, qui ne sont accompagnés ni de perte de l'appétit ni de douleurs à l'épigastre, vomissements si fréquents dans cette période de la maladie: ils ne peuvent être combattus que par les moyens propres à calmer la toux, et je ne m'y arrêterai pas davantage.

SECONDE PÉRIODE.

Dans cette seconde période, les symptômes de la première continuent en prenant plus d'intensité, et des lésions

nouvelles, ordinairement très graves, se manifestent. Si comme je l'ai déjà indiqué, on ne peut avoir l'espérance, dans l'état actuel de la thérapeutique, de les combattre avec succès, il faut au moins chercher à en retarder la marche à l'aide des moyens que je vais successivement énumérer.

Si l'affection a une marche très chronique, le passage de la première période à la seconde est insensible, la physionomie de l'affection ne change pas sensiblement, et les moyens employés dans la première période suffisent. Il faut continuer des infusions amères, les martiaux, les eaux minérales ferrugineuses, le régime médiocrement tonique et succulent, l'exercice; en un mot, chercher à maintenir les forces par le régime et les toniques. Dans le cas contraire, quand la maladie, tout en marchant d'une manière lente, fait néanmoins des progrès faciles à apprécier, le traitement doit être modifié.

Cependant, si même alors le mouvement fébrile est peu considérable, si la soif n'est pas très vive, s'il n'existe aucune contre-indication du côté des voies digestives; les boissons légèrement amères, les potions un peu toniques, seront préférables aux boissons mucilagineuses et simplement délayantes, auxquelles on n'aurait recours qu'autant que les autres seraient insupportables aux malades. Les aliments seront encore tirés du règne animal, si l'estomac le permet, et, autant que possible, les légumes verts seront éloignés de la table, comme peu nourrissants. Mais si le mouvement fébrile est considérable, l'appétit nul, la soif vive, la répugnance pour les boissons amères décidée; on y renoncera, et on aura recours exclusivement, au moins pour un temps, aux boissons délayantes, gommées ou non, selon le goût des malades.

Si la *toux* est forte et incommode, on lui opposera les préparations calmantes, déjà indiquées pour la première période, les opiacés, le stramonium (ce dernier en pilules ou en cigarettes), les fumigations faites avec une infusion

de cette dernière plante ou d'autres analogues; et si ces moyens ne réussissent pas, on aura recours aux larges cataplasmes émollients, aux sinapismes sur les parties latérales de la poitrine, et même aux vésicatoires volants.

Quant aux *crachats* et à leur abondance, il faut se rappeler que dans la période qui nous occupe ils ont une double source : la fonte des tubercules ou la sécrétion des cavernes, et la sécrétion des bronches. — Jusqu'à ce que les cavernes soient vidées, on ne voit pas trop ce que la thérapeutique aurait à faire pour modifier cette source de l'expectoration. Mais l'évacuation de la matière tuberculeuse par les bronches, n'a pas lieu sans que la membrane muqueuse qui les tapisse en soit plus ou moins vivement enflammée; il faut tâcher d'amoindrir cette inflammation, et, pour cela, donner des boissons délayantes, sans abandonner, s'il se peut, les toniques sous forme de pilules ou de potions; surtout, faire respirer deux ou trois fois le jour la vapeur qui s'élèvera d'une infusion de jusquiame ou de belladone. On conçoit, en effet, que ces vapeurs appliquées sur une membrane muqueuse enflammée, peuvent en diminuer l'inflammation : mais, d'un autre côté, on ne doit pas oublier qu'ici la cause de l'inflammation bronchique est permanente; que, l'évacuation de la matière tuberculeuse une fois opérée, la sécrétion des cavernes lui succède, et que le produit de cette sécrétion entretient à son tour l'inflammation à combattre; en sorte que, dans maintes circonstances, le traitement palliatif dont il s'agit doit avoir peu de succès. Il faudrait donc, pour atteindre sûrement le but, connaître un moyen de modifier la sécrétion des cavernes tuberculeuses, dans lesquelles peuvent se vider, et se vident en effet si ordinairement, de nouveaux tubercules. Sans doute un régime bien ordonné peut avoir une heureuse influence sur la sécrétion dont il s'agit; et on en a la preuve par ce qui arrive tous les jours dans les hôpitaux, où l'on voit les crachats des malades qui y sont reçus à des époques variées de la période

qui nous occupe, se modifier profondément, devenir en quelques jours purement muqueux, de pâles, grisâtres, verdâtres, opaques et sans air, qu'ils étaient lors de leur admission; sans qu'on ait fait autre chose pour cela que soumettre les malades à un régime mieux ordonné. Mais cette amélioration est généralement de peu de durée, l'application des moyens indiqués tout-à-l'heure est bientôt nécessaire, et ces moyens eux-mêmes, s'ils ont eu quelque utilité, sont bientôt sans effet, au moins dans la grande majorité des cas. On pourrait alors essayer, avec quelque chance de succès, les fumigations de chlore, qui ont réussi à M. Toulmouche (de Rennes) dans le catarrhe pulmonaire chronique, ou faire évaporer un peu de goudron dans la chambre du malade.

Les eaux sulfureuses et en particulier les eaux Bonnes, qui sont si souvent employées avec succès dans les affections catarrhales, devraient encore être essayées dans ces circonstances, toujours en admettant un mouvement fébrile peu considérable, car autrement elles ne pourraient manquer d'avoir beaucoup d'inconvénients. Et si la faiblesse des malades était peu prononcée, s'ils pouvaient voyager sans inconvénients, on les engagerait à aller prendre les eaux à la source, afin de réunir à l'action de ces agents, un changement plus ou moins profond dans les habitudes; changement qui rendra toujours difficile l'appréciation de l'utilité des eaux minérales prises à la source. — Les eaux Bonnes pourraient encore être prises avec quelque avantage dans la première période de la maladie, si, alors, l'expectoration était abondante, et le mouvement fébrile peu considérable.

Les moyens locaux qui peuvent être employés avec quelque espoir de succès dans l'inflammation violente des bronches, pourraient, jusqu'à un certain point, s'opposer au développement des *ulcérations* qu'on y observe, ou en ralentir les progrès. On peut en dire autant pour les ul-

cérations de la trachée-artère qui reconnaissent les mêmes causes, et qui donnent si rarement lieu à des symptômes qu'on puisse leur rapporter; pour celles du larynx et de l'épiglotte. Ces dernières, qui causent de si violentes douleurs dans la déglutition, et sont incessamment, chez beaucoup de malades, le siége de picotements, d'élancements douloureux, sont malheureusement bien rebelles à nos agents thérapeutiques: les sangsues, appliquées vis-à-vis le point douloureux, soulagent à peine, et l'on peut en dire autant des vésicatoires et des cautères. Aurait-on plus d'influence sur la marche de ces ulcérations, sur leur action destructive, en les touchant avec une éponge imbibée d'une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent? Je l'ignore; mais ce moyen mérite d'être tenté; car ceux qu'on emploie ordinairement sont presque toujours impuissants, et l'opium lui-même endort à peine, pour quelques moments, une douleur que réveille sans cesse le besoin d'avaler

L'*hémoptysie* survenant dans cette période, serait combattue par les moyens indiqués dans la première; en ayant soin de proportionner la saignée, s'il paraissait nécessaire d'y recourir, à la faiblesse du sujet.

La *pneumonie* devrait être combattue, à son apparition, par des moyens très variés, suivant l'étendue de l'inflammation, la violence des symptômes généraux, et surtout, suivant le degré de faiblesse des malades. Si le mouvement fébrile avait pris beaucoup d'intensité au début de la pneumonie, on n'hésiterait pas à prescrire une ou deux saignées plus ou moins copieuses: et si l'on ne croyait pas devoir multiplier davantage les émissions sanguines, bien que l'inflammation ne fût pas arrêtée dans sa marche, on aurait recours au tartre stibié à haute dose; sans être arrêté par la diarrhée, s'il n'y avait pas, d'ailleurs, de contre-indication du côté de l'estomac, s'il n'y avait pas de signes d'inflammation de la membrane muqueuse de ce viscère. Il

serait d'ailleurs inutile d'insister sur l'emploi de cet agent, si, après deux ou trois jours d'usage au plus, on n'en avait pas tiré un avantage très marqué.

La *pleurésie* peut, comme on l'a vu plus haut, survenir à toutes les périodes de l'affection. Dans un état de faiblesse avancée, ou on renoncerait aux émissions sanguines, ou on se bornerait à l'application de quelques sangsues sur le point douloureux; on appliquerait sur tout le côté malade un morceau de sparadrap de diachylon, on donnerait des diurétiques, de la digitale en particulier, et on se rappellerait, pour ne pas tourmenter les malades par des essais trop multipliés et incessamment renouvelés; d'une part, que la pleurésie simple guérit généralement avec lenteur; et, d'autre part, que celle qui se montre dans la seconde période, dans les derniers temps de la phthisie, guérit bien rarement. A une époque moins avancée, si les forces du malade étaient assez bien conservées, on pourrait encore espérer voir la pleurésie guérir, et le traitement antiphlogistique serait proportionné à la force du malade.

S'il survenait une *perforation* du parenchyme pulmonaire, on s'empresserait de calmer la douleur et l'étouffement, qui en sont les symptômes les plus incommodes, par des potions opiacées, auxquelles on ajouterait 2 à 3 centigrammes d'extrait de stramonium; par des cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs, et l'application de quelques sangsues sur le point douloureux, si les forces du malade le permettaient; on donnerait une infusion aromatique pour boisson, ou une simple solution de sirop de fleur d'oranger. Les signes d'un épanchement de liquide existant, on appliquerait un très large morceau de sparadrap de diachylon sur le point correspondant; et si la douleur, après avoir cessé, reparaissait encore avec quelque vivacité par intervalles; si l'on croyait, à raison de ses retours et de son degré, devoir lui opposer quelque moyen particulier, on n'oublierait pas que la cause

de cette douleur ne peut être complètement écartée, que le malade a besoin de forces pour la lutte qu'il a à soutenir ; et on appliquerait deux ou trois sangsues, ou quelques vésicatoires volants qui seraient pansés avec une pommade opiacée.

Plus rarement, à pareille époque de la maladie, on voit survenir des symptômes de *péricardite :* alors le pouls devient tout d'un coup irrégulier ; les malades, interrogés avec soin, disent éprouver quelques douleurs à la région précordiale, etc., etc. Suivant l'état des forces, qu'il faut toujours considérer avec soin, on appliquerait quelques sangsues à la région précordiale, ou seulement un emplâtre de savon médicinal et de ciguë ; et, comme pour la pleurésie qui se déclare à la même époque de la maladie, on n'oublierait pas que les épanchements qui ont lieu à la surface des membranes séreuses enflammées, sont résorbés avec lenteur, quand ils ont lieu chez des sujets bien portants ; qu'ils disparaissent rarement dans le dernier degré des maladies organiques.

L'état des *fonctions digestives* mérite surtout de fixer l'attention, dans cette période de la maladie où toutes les fonctions sont plus ou moins profondément altérées. L'anorexie et la pesanteur épigastrique peuvent être combattues avec succès par des infusions amères ou aromatiques, par les eaux minérales, celles de Bussang, de Seltz, de Vichy, etc. ; mais quand il se joint aux symptômes indiqués, des renvois, des nausées, des vomissements, et surtout des vomissements de bile ; quand l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac est ou évidente ou très probable, il faut supprimer ou du moins suspendre l'usage des toniques, recourir aux boissons délayantes et légèrement acidulées, appliquer des cataplasmes émollients à l'épigastre, donner quelques gouttes de laudanum dans des quarts de lavement de lin. On peut espérer quelque succès de cette médication, quand la période qui nous occupe est encore peu avancée ; mais quand la faiblesse est considérable et les

vomissements répétés, comme j'en ai cité des exemples, les soins les mieux entendus sont ordinairement inutiles, le désordre va croissant, quoi qu'on fasse. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, quand elle est bornée à sa face antérieure, parait tenir au développement anormal du foie, devenu gras, et contre lequel, jusqu'ici, la médecine n'a aucune action. Quelques sangsues, appliquées à l'épigastre, pourraient avoir une certaine utilité, au début de l'inflammation qui nous occupe, chez des sujets dont les forces ne seraient pas trop détériorées; mais on sent combien la réserve est nécessaire dans l'emploi de ce moyen, et je ne m'y arrêterai pas davantage.

Les symptômes des ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac se confondent avec ceux de son inflammation : nouvelle raison, quand les symptômes de ce dernier état se manifestent, pour ménager beaucoup les forces des malades; car nous n'avons aucun moyen, dans l'état actuel des choses, à opposer, avec quelque espoir de succès, aux ulcérations dont il s'agit.

La *diarrhée*, qu'on rencontre quelquefois dans la première période de la phthisie, est beaucoup plus fréquente dans celle-ci : peu de sujets, comme nous l'avons vu plus haut, en sont exempts; et si les moyens simples en triomphent chez quelques uns, c'est seulement pour un temps; bientôt elle reparait plus considérable et plus tenace, et les agents les plus énergiques, les plus appropriés en apparence, quand l'état de la membrane muqueuse de l'estomac en permet l'usage, sont ordinairement employés sans succès.

Ainsi, vingt-cinq des malades dont j'ai analysé l'histoire prirent la décoction blanche et le diascordium, avec ou sans opium, de douze à quarante-huit jours avant le terme fatal; et voici ce qui eut lieu à leur égard. Ces malades se partageaient en trois classes : chez ceux de la première, on trouva, lors de l'autopsie, des ulcérations peu étendues dans l'un ou

l'autre intestin, ou dans les deux, avec un ramollissement ordinairement très marqué de la membrane muqueuse du colon, qui était souvent rouge et épaissie. Chez les sujets de la seconde classe, les ulcérations étaient considérables, et le ramollissement de la membrane muqueuse du gros intestin, à peu près au même degré que chez ceux de la première classe. Enfin, dans la troisième, cette membrane était un peu ramollie, sans ulcérations et sans rougeur. — Dans la première classe, qui comprend quinze cas, la diminution de la diarrhée a suivi de près l'usage du diascordium chez trois sujets, et elle s'est maintenue jusqu'à la mort. Le ramollissement était peu considérable dans un de ces cas. Dans la seconde classe, le même succès a été obtenu sur deux des huit sujets qui la composent, et, chez l'un d'eux, le désordre était borné à une large ulcération du cœcum. Enfin, un des deux malades de la troisième classe, qui avait beaucoup de diarrhée avant l'administration du diascordium, en a eu fort peu du moment où il lui fut prescrit, quarante jours avant la mort. De manière que sur vingt-cinq malades, six seulement paraissent avoir retiré quelque avantage de l'emploi du diascordium: encore est-il vrai de dire que dans trois cas où la membrane muqueuse du colon était plus ou moins ulcérée, ramollie et épaissie, l'augmentation du dévoiement a suivi de près l'usage du remède.

On a aussi essayé, dans le même but, la décoction de cachou, à la dose de deux tasses dans la journée. Seize de mes malades en ont pris; cinq d'entre eux, dans le dernier degré de faiblesse, quatre à cinq jours avant la mort, à une époque à laquelle l'action des médicaments est trop difficile à apprécier, pour que nous puissions en tenir compte. Des onze autres, qui ont commencé l'usage du cachou deux à trois semaines avant le terme fatal, cinq ont paru en tirer quelque avantage. Chez l'un d'eux néanmoins, la diminution, puis la cessation de la diarrhée, furent immédiatement suivies de malaise, d'anxiété, de soif, d'ardeur au

gosier, etc.; en sorte que ce malade, au lieu de se réjouir de la disparition de son dévoiement, s'en plaignait. Je trouvai, à l'ouverture de son corps, des traces évidentes d'une inflammation récente de la membrane muqueuse de l'estomac et de la trachée-artère, lésions qui, à la vérité, surviennent très souvent d'une manière spontanée, et qui pourraient fort bien reconnaître ici une cause étrangère à l'action du médicament; puis un grand nombre d'ulcérations intestinales, avec ramollissement de la membrane muqueuse du colon. Ces dernières lésions existaient dans les autres cas. — La ratanhia fut employée dans les mêmes circonstances, chez un malade, sans le moindre succès. Enfin, l'opium seul, à la dose de 5 à 10 centigrammes, dans la journée, fut prescrit à cinq sujets, et la diarrhée ne diminua, consécutivement à son usage, que chez l'un d'eux.

Ainsi, le diascordium, le cachou, l'opium, ont eu, en apparence, les mêmes effets sur la diarrhée des phthisiques parvenus à une *époque avancée* de la maladie; et, à raison de la différence qui existe entre la manière d'agir du cachou et de l'opium, on pourrait soupçonner que les succès dont j'ai parlé sont plus apparents que réels.

Faut-il donc rester simple spectateur d'un symptôme si grave, qui peut entraîner si rapidement la perte des malades? Assurément non; mais il faut étudier minutieusement, en quelque sorte, l'état des malades, avant de mettre en usage un moyen de quelque énergie; le quitter dès que quelque nouveau symptôme l'exige, et y revenir quand ce symptôme a cessé. Ainsi, si la diarrhée est considérable et s'il n'y a aucun autre indice d'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin, il faut essayer les astringents, parmi lesquels on ne doit pas oublier la *monesia*; il faut aussi avoir recours à l'opium à l'intérieur, surtout en lavements. Mais si, après quelques jours de l'usage de ces moyens, quelques coliques, un changement dans le caractère des selles, une légère augmentation de la fièvre, ou quelques

frissons, etc., etc., indiquaient une inflammation de la muqueuse intestinale; les astringents seraient abandonnés, au moins pour quelque temps, et remplacés par des boissons adoucissantes; des cataplasmes émollients seraient appliqués sur le ventre, et on donnerait des quarts de lavements de lin laudanisés. On aurait soin, d'ailleurs, de les faire précéder d'un lavement de lin entier, qui serait rendu; et on prendrait les mêmes précautions dans le cas où des astringents un peu énergiques seraient employés: car il faut provoquer, par des moyens doux, la sortie des matières dont la présence pourrait peut-être favoriser le développement des lésions qu'il s'agit de borner ou de guérir.

Les symptômes de la *péritonite chronique* survenant, on aurait recours aux moyens indiqués dans la première période, en les proportionnant à la faiblesse des malades: ce qu'il faut dire aussi de la *méningite* qui se déclarerait dans les mêmes circonstances.

Les moyens à opposer aux *sueurs* de la première période conviendraient encore dans celle-ci; et si les *frissons*, par leur retour régulier et par leur violence, étaient fort incommodes, on chercherait à les supprimer à l'aide de quelques doses de sulfate de quinine. On parvient assez souvent, de cette manière, à dissiper le frisson; mais la chaleur reste, et, ordinairement, le frisson revient aussitôt ou peu après la cessation du sulfate de quinine. Dans d'autres cas (Obs. 32), le sulfate de quinine produit plus de malaise à l'épigastre qu'il n'amène de soulagement par la suppression du frisson, et on est obligé d'y renoncer; de manière que cet agent thérapeutique est, en réalité, d'assez peu d'importance sous le point de vue qui nous occupe.

Ainsi, dans tout le cours du traitement, il faut sans cesse se rappeler que la phthisie n'est pas une affection purement locale, que son premier développement, et sans doute aussi ses progrès, sont favorisés par le tempérament lym-

phatique et l'hérédité; que si les accidents locaux qui l'accompagnent dans sa marche doivent être combattus avec toute la persévérance que l'état actuel de la science comporte, il doit en être de même de la disposition générale qui favorise le développement de la maladie; disposition qui doit être désormais le but principal des recherches et des méditations des médecins de tous les pays.

ART. II. — Forme aiguë.

Dans cette forme de la phthisie, le début de l'affection est souvent formidable, comme on l'a vu plus haut, et analogue à celui d'une maladie aiguë, grave. Des frissons suivis de chaleur, de beaucoup de dyspnée, de toux, de malaise, d'agitation, ont lieu sans expectoration, sans que l'auscultation et la percussion amènent quelque résultat positif, ou puissent faire connaître le siége et le caractère de la maladie. Cependant, si, quelques jours après le début de ces symptômes graves, l'auscultation et la percussion n'ont encore rien appris de concluant; s'il n'y a pas de signes de pleurésie ou de pneumonie: si, d'un autre côté, l'ensemble des symptômes ne peut faire croire à l'existence d'une affection typhoïde commençante, la phthisie devient probable. En supposant qu'on n'ait pas cru nécessaire, jusque là, de recourir aux émissions sanguines, on ne saurait hésiter, à le faire; vu la violence de l'oppression, l'intensité du mouvement fébrile et la grande disposition du parenchyme pulmonaire à s'enflammer, dans les circonstances dont il s'agit (page 652). Toutefois, comme on n'est nullement sûr, en multipliant les saignées, de prévenir la pneumonie qui menace une bonne partie des malades atteints de phthisie aiguë; comme l'extrême faiblesse pourrait en rendre le développement plus facile, et hâter ainsi la terminaison funeste de la maladie; on ne doit pas prodiguer les émissions sanguines, dans l'intention d'atteindre un but, peut-être imaginaire; et, après une ou deux saignées plus ou moins

copieuses, suivant la force des sujets et la violence des symptômes, on fera bien de s'arrêter et de seconder l'effet du traitement par quelques très légers laxatifs, les dérivatifs appliqués aux extrémités inférieures et les boissons délayantes. Si la toux est très incommode, on aura recours aux préparations calmantes, à l'opium, au datura stramonium, à l'inspiration des vapeurs humides, de celles qui s'élèveraient d'un mélange d'eau et de lait bouillants, ou d'une infusion d'herbes de jusquiame et de belladone, etc. Il faut, d'ailleurs, se rappeler que des phthisies qui ont débuté avec une assez grande violence, et qui n'ont pas été traitées avec beaucoup d'énergie à leur début, se sont arrêtées dans leur marche, et ont permis ensuite de longs jours, à peine troublés de temps à autre, par quelques légers rhumes : nouvelle raison de ne pas accabler, en quelque sorte, les malades, de secours dont nous ne connaissons pas bien la valeur.

Si la maladie continue à marcher avec violence, malgré un traitement antiphlogistique assez énergique et les préparations calmantes, la mort ne peut manquer d'en être promptement le résultat, et le traitement antiphlogistique modifié est le seul applicable. Dans le cas contraire, si les symptômes les plus graves s'améliorent promptement, si le mouvement fébrile diminue de la même manière, le malade rentre dans la catégorie de ceux dont l'affection marche avec plus ou moins de lenteur, et son traitement ultérieur est celui qui a été exposé plus haut.

FIN.



TABLE ALPHABÉTIQUE.

D

E

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE.

